

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Geburtsdatum d. Versicherten	
Name, Vorname des Versicherten			
Kostenträgerkennung	Versichertennummer	Datum	

## Faxanmeldung Neuropädiatrie

Bei akuten medizinischen Problemen wenden Sie sich bitte an die Notaufnahme des Eltern-Kind-Zentrums  
Telefon 0228-287 38805 oder 38806

**Bitte beachten Sie:** Die personellen und räumlichen Ressourcen der Neuropädiatrie sind begrenzt. Dieses Anmeldeformular hilft uns, die notwendigen Maßnahmen zu planen und die Dringlichkeit besser einzuschätzen. Bei Entwicklungsstörungen und chronischen Erkrankungen muss die Familie bitte vor der Terminvereinbarung unseren **Anmeldebogen SPZ** ausfüllen. Mit diesen Informationen können wir eine Vorauswahl treffen und für dringliche Fälle die Wartezeiten überschaubar halten. Herzlichen Dank!

Anmeldende/r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

### Überweisungsgrund / Fragestellung (Welche Untersuchungen erwarten Sie?)

---

- Erstvorstellung (wegen o. g. Problematik) in der Neuropädiatrie
- Epilepsie / Krampfanfall → die Eltern müssen den Anmeldebogen Epilepsie-Ambulanz ausfüllen
- SPZ → die Eltern müssen den Anmeldebogen SPZ ausfüllen
- Eilig → Begründung: \_\_\_\_\_
- ambulant                       stationär                       nach Ermessen der Klinik

**Vorbefunde** (relevante Vorbefunde bitte im Anhang beifügen)

---

### Mit wem soll die Terminabsprache erfolgen?

- Zuweisende/r Ärztin/Arzt     direkt mit der Familie telefonisch unter: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Patient/die Patientin bzw. die Sorgeberechtigten mit der Datenweitergabe und ggf. Kontaktaufnahme einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

### Interner Bearbeitungsvermerk

- Termin am: \_\_\_\_\_  um \_\_\_\_\_  bei \_\_\_\_\_
- an zuweisenden Arzt                       an Patienten (Familie) mitteilen am: \_\_\_\_\_