

Aufnahme elektiver Patienten in die Klinik für Neurologie der Medizinischen Universität Lausitz - CT

Per FAX (0355) 46-31 78

Patientenname

Geburtsdatum

Einweisender Arzt

Verdachtsdiagnose/ Einweisungsgrund

Vorhandene Diagnostik

☐ MRT Organ Datum

☐ CCT Organ Datum

☐ Sonstiges

**Bitte geben Sie Ihren Patienten vorhandene Vorbefunde mit. Bei CT und MRT
möglichst auch die Bilder selbst, nicht nur den Befund.**

Dringlichkeit / Terminwunsch

Terminmitteilung an

☐ Praxis (Tel)

☐ Fax

☐ Patient (Tel)

☐ Angehörige (Tel)