



**Absender\***

**Stempel:**

An das  
ZfP Südwürttemberg, Klinik für Neurologie und Epileptologie  
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg  
➡ Fax 0751/7601 42233 oder E-Mail epi@zfp-zentrum.de

Für Rückfragen:  
Telefon 0751/7601-2857 oder -2390 oder -2233

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

**Ich möchte Ihnen folgende Patientin / folgenden Patienten zuweisen:**

Name\*: \_\_\_\_\_ Vorname\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Telefon\*: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße\*: \_\_\_\_\_ PLZ\*: \_\_\_\_\_ Ort\*: \_\_\_\_\_

E-Mail (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer\*, Bevollmächtigter  
oder  
Wohngruppe\*: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Haus-  
/Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Ort/Telefon: \_\_\_\_\_

Kontaktaufnahme direkt mit Patient/in oder gesetzlicher Betreuer zur Terminvereinbarung gewünscht

Rückruf Praxis für weitere Informationen/Fallbesprechung gewünscht. Telefon/Durchwahl: \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen, die uns eine schnelle Bearbeitung ermöglichen:**

Grund der Einweisung\*: \_\_\_\_\_

Diagnose/n\*: \_\_\_\_\_

oder  siehe Brief anbei \_\_\_\_\_

erfolgte ein MRT vom Kopf\*?  nein  ja (wenn ja, wann \_\_\_\_\_). Bitte dem Patienten die CD mitgeben  
und Befund diesem Formular beilegen)

stationäre Aufenthalt/e  nein  ja (wenn ja, bitte Entlassberichte diesem Formular beilegen)

\*kognitive und/oder körperliche Einschränkungen (bitte unten näher beschreiben)  \*Pflegebedürftigkeit

\*Verhaltensauffälligkeiten  \*Rollstuhlfahrer  \*Hilfestellung bei der Körperpflege  \*Vollpflegebedürftig

\*infektiöse Erkrankungen/Besiedlungen:  MRGN  MRSA  ESBL  Hepatitis  \_\_\_\_\_

aktuelle antikonvulsive Medikation anbei  Marcumar o.ä.  Herzschrittmacher  Allergien

\*Freiheitsentziehende Maßnahmen (Einschluss, Bettgitter...  Andere: \_\_\_\_\_

**Sonstige wichtige Informationen:** \_\_\_\_\_

mit \* markiert sind Pflichtangaben, da wir diese zur Einbestellung benötigen