

**Anmeldung für die teilstationäre Aufnahme in der neurologischen Tagesklinik  
des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg**

**Kontakt:**

Telefon: 0395/775-4402  
Fax: 0395/775-4406  
E-Mail: NEU-TK@dbknb.de

**Einweisender Arzt**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift, Telefon, Adresse, Fax, E-Mail: \_\_\_\_\_

**Name, Vorname des Patienten:** \_\_\_\_\_

**Geb.-datum:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden:**

**Ziel-/Fragestellung:**

**Verdachtsdiagnose:**

- Bewegungsstörung und andere neurodegenerative Erkrankungen
- kognitive Störung, Demenzverdacht, Normaldruckhydrozephalus
- neuroimmunologische Erkrankung
- Kopf- und Gesichtschmerzen
- Fazialisparese
- Gefühlsstörungen, Polyneuropathie unklarer Ursache
- Muskelerkrankung zu klärender Ursache
- Epilepsieverdacht, Anfallserkrankungen, TLOC, Synkopen

**Vorbefunde (CT, MRT, EEG, LP, ENG, EMG, EP, Doppler etc.):**

**Voraufenthalt DBK Neubrandenburg (Wann/Wo)?:**

**Pflegegrad:**

**Benötigt der Patient Gehhilfen? Welche?**

**Besonderer Betreuungs- und Aufsichtsbedarf?**

**Besondere Ernährungsgewohnheiten?**

Bitte senden Sie uns mit dem Anmeldebogen sowie Vorbefunde/Epikrisen und einen **aktuellen Medikationsplan** zu.

**Ort, Datum**

**Unterschrift einweisender Arzt**

**Terminvorschlag:**

\_\_\_\_\_  
(wird von der Tagesklinik ausgefüllt)