

# Einweisungsformular Neurologie Parkinsonkomplexbehandlung



**BETHESDA**  
KRANKENHAUS  
BERGEDORF

per Fax an Frau I. Maaß  
Tel.: 040 725 541270  
Fax: 040 725541272

**Dr. Frank Trostdorf**  
Chefarzt  
Klinik für Neurologie  
Bethesda Krankenhaus Bergedorf  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Hamburg  
Glindersweg 80  
21029 Hamburg  
Telefon (040) 725 54 – 1270  
Telefax (040) 725 54 – 1272  
E-Mail [trostdorf@bkb.info](mailto:trostdorf@bkb.info)  
[www.klinik-bergedorf.de](http://www.klinik-bergedorf.de)

Praxisstempel/ Einweiser

Hamburg, den (aktuelles

Ich möchte folgende(n) Patientin/Patienten stationär einweisen

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Krankenversicherung:**

**Straße:**

**Wohnort:**

**Telefon:**

**Mobiltelefon:**

Leistungsumfang

Wahlleistung

Regelleistung

**Einweisungsgründe/Zielsymptome (bitte auch auf Einweisung notieren!):**

**Motorisch:**

**Nicht-motorisch:**

Akinese:

Stürze (\_\_\_/3 Monate):

Demenz:

Wearing-off:

Immobilität:

Depression:

On-off:

Freezing:

Halluzination:

Tremor:

Posturale Instabilität:

Synkopenneigung:

Dyskinesien:

Tremor:

Tagesschläfrigkeit:

Haltungsstörung:

Dysarthrie/Dysphagie:

Gangstörung:

Speichelfluss:

Sonstiges:

**Mobilität:**

frei gehfähig

am Gehstock

Rollator

Rollstuhl

Bettlägerig

# Einweisungsformular Neurologie Parkinsonkomplexbehandlung

## Besonderheiten

- Antikoagulation                       Herzschrittmacher                       Multiresistenter Keim  
(z.B. MRSA)
- Bitte teilen Sie den Termin der Patientin/dem Patienten mit
- Bitte teilen Sie uns den Termin unter der Faxnummer \_\_\_\_\_  
mit.

## Intern vom BKB auszufüllen

Rückmeldung (Fax) .....

Anmeldung geprüft .....

Termin am .....

Termin mitgeteilt am .....

von .....

Station .....

Patient                       Arzt