

**Anmeldung von Patient\*innen per FAX für ärztliche Kolleg\*innen**

**FAX an 0211-81-16952**

**Neurologische Ambulanz, Universitätsklinikum Düsseldorf**

<b>Patient:</b>	<b>Praxis (Stempel/Kontaktdaten)</b>
Name / Vorname: Herr/Frau	
Geburtsdatum:	
Wohnhaft:	
Telefon:	
Mobil:	
Der Patient/die Patientin ist versichert: GKV <input type="checkbox"/>	PKV <input type="checkbox"/>

Anmeldung in der Ambulanz für:	
Autoimmunenenzephalitis & paraneoplastische Syndrome des ZNS	
Botulinumtoxin & Spastik/Dystonien	
Epilepsie	
Gedächtnisstörungen	
Migräne	
Morbus Wilson & andere seltene Stoffwechselerkrankungen	
Multiple Sklerose	
Musikerambulanz	
Neuromuskuläre Erkrankungen (z.B. ALS, Myasthenie, Lambert-Eaton-Syndrom, Neuromyotonie, Myositis und unklare Myopathien, entzündliche & paraneoplastische Neuropathien)	
Neuromyelitis optica, MOGAD	
Parkinson und andere Bewegungsstörungen	
Schlaganfall & Gefäßerkrankungen	
Sonstige entzündliche ZNS-Erkrankungen	
Andere neurologische Erkrankung	

Ambulante Bildgebung vorhanden – ja (welche?): Nein <input type="checkbox"/>
---

<b>Bemerkungen:</b>
---------------------

<p><b>Bitte lassen Sie uns wenn möglich Vorbefunde direkt als Anlage zu diesem FAX zukommen.</b></p> <p>Ambulanter Vorstellungstermin nur mit Überweisung der Neurologin/ des Neurologen oder der Nervenärztin/ des Nervenarztes. Vielen Dank.</p>
--