



**Absender**

**Stempel:**

An das  
ZfP Südwürttemberg, Abteilung Epileptologie  
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg  
→ Fax 0751 7601-42233 oder  
E-Mail epileptologie@zfp-zentrum.de

Für Rückfragen: Sekretariate der Abteilung Epileptologie  
Telefon 0751 7601-2857 oder -2390

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

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Gesetzlicher Betreuer, Bevollmächtigter, Eltern/Verwandte  
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: \_\_\_\_\_

Schutzimpfung gegen Coronavirus SARS-CoV-2: nein ja, 1. am \_\_\_\_\_, 2. am \_\_\_\_\_, 3. am \_\_\_\_\_

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

Bearbeitungsvermerke Patientenmanagement:

Termin: ..... Auf Station: ..... Mitgeteilt an: ..... Kürzel: .....V12/2022