



FAX-Antwort Patient

09131 - 853 4747

**Anmeldung zur Untersuchung
im Epilepsiezentrum der
Neurologischen Klinik Erlangen**

Neurologische Klinik

Direktor:
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan Schwab

Epilepsiezentrum Erlangen

Leiter:
Prof. Dr. med. H.M. Hamer, MHBA

Telefon: 09131 85-39116
Fax: 09131 85-36469
Schwabachanlage 6
91054 Erlangen
Email: koordination.epilepsie@uk-erlangen.de

Öffentliche Verkehrsmittel:
Buslinie 288, Haltestelle Maximiliansplatz

Hiermit bitte ich um einen Vorstellungstermin **ambulant** **stationär**

Ich komme zum ersten Mal an Ihre Klinik

Wegen der Terminvergabe werden Sie zeitnah nach Eingang kontaktiert.

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Adresse	_____
Telefon	_____
Handy:	_____
Email	_____
Versicherung	_____ <input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat

Grund des Terminwunsches:

- Wunsch nach verbesserter Medikamentenbehandlung
- Interesse an operativer Therapie/Epilepsiechirurgie
- Interesse an der Vagusnervstimulation
- Spezielle Beratung: Kinderwunsch/Schwangerschaft
- Frage der Fahrtauglichkeit
- Allgemeine Beratung
- Einholen einer Zweitmeinung
- Sonstiges: _____

Ich bin telefonisch am besten erreichbar: (ggf. Tage, Uhrzeit)

Bitte übersenden Sie zusammen mit diesem Fax, wenn möglich, vorhandene Befundberichte.

Nutzen Sie auch gerne unseren Patienten-Fragebogen!

Datum

Unterschrift Patient/in