

	Formular	Direktion
	Anforderung Konsil Abt. Minimalinvasive Neurochirurgie	

**Formular muss bitte ausgedruckt und ausgefüllt per DaMe GB071700 an uns gesandt werden.
Bitte den diensthabenden FA unter 05 7979 37755 verständigen!**

Datum, Uhrzeit: _____

- Konsil umgehend erforderlich
 in den nächsten Tagen erforderlich

Patient: stationär
 ambulant

PATIENT	AZ: _____
Nachname: _____	
Vorname: _____	
SV-Nr.: _____	Geb.Dat.: _____
Adresse: _____	
Telefon: _____	
Email: _____	
<input type="checkbox"/> Allgemeine Klasse <input type="checkbox"/> Sonderklasse	

ANFORDERNDES KRANKENHAUS

Arzt/Ärztin: _____
Telefon: _____
Email: _____
DaMe: _____
Bildgeb. vorh.: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Übertragung: <input type="radio"/> SyngoPlaza
<input type="radio"/> ELGA

Zuweisungstext: (Anamnese, Neurostatus, klinischer Befund)

Fragestellung:

Stellungnahme:

Name des FA MI-NCH, Klinik Oberwart

Unterschrift und Telefon DW

Autor: FEIGL Günther	Freigeber: KRIWANEK Stephan;		
Erstellt am: 2025.09.08	Gültig ab: 2025.09.11	Version: 1	Seite 1 von 1