

## Terminanfrage für eine ambulante Erstvorstellung in der Neurologischen Spezialambulanz

**Fax: 0931-201-23489**

**Email: [nl\\_terminanfragen@ukw.de](mailto:nl_terminanfragen@ukw.de)**

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Vorstellung beim niedergelassenen Neurologen bereits erfolgt:  ja  nein

Wenn Ja, Neurologe: \_\_\_\_\_

(Ohne Vorstellung beim niedergelassenen Neurologen / neurologische Klinik keine Terminvergabe möglich!)

Grund der Vorstellung (Fragestellung):

Weitere Bemerkung:

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und schicken uns die neurologischen Vorbefunde als Anhang mit. **(Ohne Befunde kann leider kein Termin vergeben werden!)**

Nach der Durchsicht dieser Unterlagen werden wir die Praxis / Patient\*in zeitnah kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

**Neurologische Poliklinik**