

## Anmeldung zur multimodalen Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischen Parkinsonsyndromen an Fax-Nummer: **0221 8284 – 3869**

Name des/der Pat.:	_____
Vorname:	_____
Geb. Dat.:	_____
Adresse:	_____
Tel. Nr.:	_____
E-Mail:	_____
Fax:	_____

Diagnose: \_\_\_\_\_

Aktuelles Problem: \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_

Medikation: \_\_\_\_\_

AEDL:                     gehfähig     pflegebedürftig     orientiert     desorientiert

Isolationspflichtig?     ja                     nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Einweisende(r) Ärztin/Arzt

Praxisstempel mit Telefonnummer