



# ANMELDEFORMULAR

NEUROPÄDIATRIE DR TIBUSSEK

Dr. Daniel Tibussek, [info@kinderarzt4u.de](mailto:info@kinderarzt4u.de), FAX: 02241 - 20 46 69

Dringlichkeit: Normal  **Notfall**  **(Bitte telefonische Kontaktaufnahme! oder Email mit Rückrufnummer)**  
Dringlich

Name (Patient/in): \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Handynummer Elternteil: \_\_\_\_\_

Patient/in schon bei uns bekannt? Ja  Nein

Patient/in bereits in SPZ/Neuropädiatrie anderenorts betreut? Ja  Nein

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

## Diagnosen/Verdacht auf:

**Epilepsie**  konkreter Verdacht? \_\_\_\_\_

Bereits therapiert? Ja  Nein

**Kopfschmerzen**  seit < 3 Monaten  >3 Monaten  Jahren

MRT bereits erfolgt  Augenarztbefund liegt vor

Entwicklungsretardierung, global

Entwicklungsretardierung, motorisch

Syndromverdacht  Tic-Störung

Plexusparese  Schwindel

Restless Legs, V.a.  Tremor

Bewegungsstörung  konkreter Verdacht? \_\_\_\_\_

**(Wenn möglich Video vorab senden!)**

Anfrage **Spezialsprechstunden** (gesonderte Termine á 60 min.)

Schlaganfall  Pseudotumor cerebri

Zweitmeinungssprechstunde

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Vorbefunde?** keine  angehängt  werden mitgebracht

**(unbedingt daran denken!)**

**cmRT** schon erfolgt? Nein  Ja  **(DVD mitbringen! Befund mitgeben!)**

Gewünschte Diagnostik ankreuzen:

Kinderneurologische Sprechstunde  
(Anamnese, neur. Untersuchung)

EEG

Spezialsprechstunden

Schädel-Sonographie

Sonstiges:

ggf. konkrete Fragestellung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ARZTSTEMPEL UND  
UNTERSCHRIFT**