

# ANFORDERUNG NEUROMONITORING

## PERSONENDATEN

\_\_\_\_\_

Titel (DM, Dr., PD Dr., Prof.)

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Fachgebiet (Gefäßchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Neurochirurgie, sonstige)

## INFORMATIONEN ZUR KLINIK

\_\_\_\_\_

Bezeichnung des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

## IHRE ANFRAGE

### Benötigte NEUROMONITORING-KAPAZITÄT pro Tag

2h

4h

6h

sonstige: \_\_\_\_\_

### Geplante Tage mit INTRAOPERATIVEM NEUROMONITORING

1 Tag/Monat

1 Tag 14-tägig

1 Tag/Woche

mehrere Tage/Woche

### Wunschwochentag – nur wenn verfügbar

Mo

Di

Mi

Do

Fr

**Benötigte Leistungen** (Bitte beschreiben Sie die geplante Operation und die Fragestellung an das Neuromonitoring)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ihre Nachricht an uns**

\_\_\_\_\_