

Pat.-Name:  
geb.  
  
  
Pat.-Kontakt (Tel.):

stellte sich am 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 zur ambulanten Voruntersuchung im Rahmen einer chronischen bzw. chronisch rezidivierenden Schwindelsymptomatik vor.

- Eine weiterführende tagesklinische Diagnostik im Schwindelzentrum am Klinikum St. Georg Leipzig soll erfolgen.
- Nachfolgende Kriterien wurden hierzu wie angegeben geprüft und eventuelle ☉ Zusatzinformationen angegeben.

**Folgende Kriterien sollten erfüllt sein:** *(bitte markieren ☑)*

1. Die Symptomatik besteht seit 6 oder mehr Monaten.

2. Es liegt aktuell kein akutes Schwindelereignis bzw. keine akut veränderte Schwindelsymptomatik vor (z.B. Schwindel im Rahmen eines BPLS).

3. MRT des Kopfes (möglichst mit Darstellung des Kleinhirnbrückenwinkels): maximal 6 Monate alt, liegt mit Zugangsdaten zum Abruf od. als CD vor.

4. Der Patient / die Patientin verfügt über:

- a. eine aktuelle Diagnosenliste
- b. einen aktuellen Medikamentenplan
- c. relevante Arztbriefe der letzten 3 Jahre
- d. relevante Blutwerte der letzten 6 Monate



**Vorgehen, wenn Kriterien erfüllt sind:**

A. Wenn bekannt, bitte ☉ Zusatzinformationen angeben.

B. Checkliste (ggf. mit weiteren Unterlagen) per Fax an das Schwindelzentrum senden: **+49 341 909-1543**

C. **Pat.:** Terminvereinbarung für Diagnostiktag über das Patientenportal / App oder über unser Sekretariat: **+49 341 909-2384 (Mi. 9 - 12 Uhr, Do. 13 - 15 Uhr) schwindelzentrum@sanktgeorg.de**

D. Nach Terminvereinbarung bitte einen Einweisungsschein zur tagesklinischen Schwindeldiagnostik ausstellen.



QR-Code  
St. GEORG App



QR-Code  
St. GEORG  
Patientenportal

☉ **Zusatzinformationen**

- In der Vergangenheit ist im Zusammenhang mit der Schwindelsymptomatik bereits eine ambulante fachärztliche Vorstellung in folgenden Fachdisziplinen erfolgt: *(bitte markieren ☑)*

<input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/> HNO-Heilkunde	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Augenheilkunde
<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Andere: .....	
- In der Vergangenheit wurden bereits folgende Diagnosen gesichert (G) oder als Verdachtsdiagnose (V) vergeben: *(bitte ankreuzen)*

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V	Schlaganfall <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V
Morbus Menière <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V	Polyneuropathie <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V
Neuropathia vestibularis <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V	Katarakt / Glaukom <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V
Funktioneller / somatoformer Schwindel <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V	Depression <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V
PPPD (Persistent Postural-Perceptual Dizziness) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V	Angststörung <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V
(Vestibuläre) Migräne <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V	Vestibularisparoxysmie <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V

Sonstiges: .....
- Ein Arztbrief mit den Ergebnissen des Diagnostiktages soll zusätzlich an folgende Praxen geschickt werden: *(an Pat. und zuweisende Praxis wird immer ein Exemplar gesendet):*  
.....  
.....

Zuweisende Praxis / Institution: