

Anmeldeformular zur neurologischen Untersuchung

Patientendaten

Familienname	Ledigname
Vorname	Geschlecht m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d <input type="radio"/>
Geburtsdatum	
Strasse/Nr.	
PLZ/Wohnort	
Tel. privat	Tel. Geschäft
Mobil	E-Mail
Hausärztin/Arzt	
Kranken-/Unfallversicherung	Versicherten-Nr.
Unfall-Datum	Unfall-Nr.

Problem/Fragestellung

Gewünschte Diagnostik	EEG <input type="radio"/>	SEP <input type="radio"/>	VEP <input type="radio"/>
(b. B. ankreuzen, sonst Planung bei uns n. Symptomatik)	ENMG <input type="radio"/>	Gefäss-Duplexsonographie <input type="radio"/>	

Wichtige Diagnosen und Vorbefunde

Aktuelle Medikation

Terminwunsch	Normaltermin <input type="radio"/>	Dringend (<7d) <input type="radio"/>	Notfall (bitte zusätzl. anrufen) <input type="radio"/>
---------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--

Bitte um Übermittlung des aktuellen Medikamentenplanes sowie – falls vorhanden – relevanter Vorbefunde wie Berichte von MRI und CT, Vorberichte anderer Fachdisziplinen, Labor der letzten 6-12 Monate, Allergie-Informationen etc. Besten Dank!

Datum	Zuweiser/-in
	Adresse
	E-Mail