

Formular für Zuweisung

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Patient:

Name/Nachname _____

Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Terminwunsch:

Termin vereinbart für: _____

sobald als möglich dringlich

Bekannte Diagnosen / Vorbefunde:

siehe Beilage schreiben

Gewünschte Abklärung :

Neurologisches Konsilium

Neurovaskuläre Duplexsonographie

Elektroenzephalographie

Elektroneuromyographie

Demenzabklärung

Schwindelabklärung

Visuell evozierte Potenziale (VEP)

Sensibel evozierte Potenziale (SEP)

Motorische evozierte Potenziale (MEP)

Akustische evozierte Potenziale (AEP)

Liquorpunktion

Datum:

Stempel :

Unterschrift: