



Zuweisungsformular

Patient

Name _____ Strasse/Nr _____
Vorname _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum ____ / ____ / ____ Tel. ____ / ____
Krankenkasse _____ Vers.nr. _____

gewünschte Untersuchung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> neurologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> TIA-Notfalldiagnostik (bitte per Telefon)
<i>(Konsil & Duplex, ggf. MRI & kardiale Abklärung)</i> |
| <input type="checkbox"/> neurovaskuläre Duplexsonografie | <input type="checkbox"/> visuell evozierte Potentiale (VEP) |
| <input type="checkbox"/> Elektroencephalographie (EEG) | <input type="checkbox"/> sensibel evozierte Potentiale (SEP) |
| <input type="checkbox"/> Elektroneuromyografie (ENMG) | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie, Demenzabklärung |

Terminwunsch

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> notfallmässig (bitte per Telefon) | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> sobald als möglich | <input type="checkbox"/> Termin vereinbart für: _____ |

klinische Angaben und Fragestellung

Begleitschreiben

Datum ____ / ____ / ____

Vorname / Name _____