



Anmeldeformular zur neurologischen Abklärung

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Mobile: _____ Geburtsdatum: _____

Gewünschte Abklärung/Therapie

Neurologisches Konsilium

Neurologische Verlaufskontrolle

Zusatzuntersuchungen/Therapien (bei speziellem Wunsch ankreuzen, ansonsten wird die Indikation je nach Fragestellung gestellt)

EEG

Trans- und extrakranielle Farbduplexsonographie

Elektrodiagnostik (EMG, ENG)

Botox-Therapie

Videonystagmographie

Neuraltherapie

Evozierte Potentiale:

Schlafmedizinische Abklärung

OSEP OMEP OVEP

Kinderneurologische Untersuchung

Terminwunsch

Notfallmässig (bitte kurz anrufen)

Bei Gelegenheit

Sobald als möglich

Termin bereits vereinbart für: _____

Problem/Fragestellung:

Aktuelle Medikation:

Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____

Allfällige Röntgenbilder (MRI) bitte dem Patienten mitgeben.