

Anmeldung zur neurologischen Untersuchung

Wir kümmern uns um eine rasche Terminvergabe und können alle notwendigen neurologischen Untersuchungen in der Regel ambulant innert weniger Tage durchführen.

Arztwahl

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. U. Schlegel | <input type="checkbox"/> Dr. med. A. Paliantonis |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. A. Schweikert | <input type="checkbox"/> Dr. med. D. Thumm |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. N. Pfender | <input type="checkbox"/> Dr. med. M. Lehmann |

nächst verfügbarer Termin

-
- Stationär Ambulant Bitte direkt aufbieten

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon Privat: _____ Mobile: _____

Krankenkasse: _____

Untersuchung

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> neurologische Konsultation | <input type="checkbox"/> Schlaganfall-Abklärung | <input type="checkbox"/> Ultraschall | |
| <input type="checkbox"/> neuroonkologische Konsultation | <input type="checkbox"/> Schlaf-Abklärung | <input type="checkbox"/> MS-Abklärung | |
| <u>Nervenmessung:</u> | <input type="checkbox"/> Neurographie | <input type="checkbox"/> Myographie | |
| <u>Evozierte Potenziale:</u> | <input type="checkbox"/> SEP | <input type="checkbox"/> MEP | <input type="checkbox"/> VEP |

Beschwerden: _____

Fragestellung: _____

Name zuweisender Arzt: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____