

Patient

Name _____ Strasse/Nr. _____
Vorname _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____ Tel. _____

Gewünschte Abklärung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neurologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> TIA-Notfalldiagnostik (bitte per Telefon)
(Konsil & Duplex, ggf. MRI & kardiale Abklärung) |
| <input type="checkbox"/> Neurovaskuläre Duplexsonographie | <input type="checkbox"/> Visuell Evozierte Potenziale (VEP) |
| <input type="checkbox"/> Elektroencephalographie (EEG) | <input type="checkbox"/> Sensibel Evozierte Potenziale (SEP) |
| <input type="checkbox"/> Elektroneuromyographie (ENMG) | <input type="checkbox"/> Liquorpunktion |

Terminwunsch

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

Zuweisung an

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nächstmöglicher Arzt | <input type="checkbox"/> Dr. med. C. Burkhardt |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. M. Rosenberg | <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. H. Sarıkaya |

Klinische Angaben & Fragestellung

- siehe Begleitschreiben

Datum _____ Stempel & Unterschrift _____