

Zuweisungsformular

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Mädchen Knabe

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Name der Eltern / Betreuer _____

Telefon P _____ Telefon G _____ Mobile _____

Aufzubieten unter Adresse des Kindes
 andere Adresse _____

Vereinbarter Termin _____ Patient bitte aufbieten

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> klinisch - neurologisch | <input type="checkbox"/> Schlaf-EEG nach Schlafentzug |
| <input type="checkbox"/> neuropsychologisch | <input type="checkbox"/> Pulsoximetrie (ambulant, nächtlich) |
| <input type="checkbox"/> Wach-EEG | <input type="checkbox"/> Schlaflabor / Polysomnografie |

Klinische Angaben / Medikamente / Fragestellung:

Relevante Berichte in der Beilage

Bericht per:

- Post
- Fax Nr: _____
- Email _____

Ort, Datum _____

Zuweisender Arzt:

Stempel / Unterschrift