

Zuweisungsformular

Patient

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	☐ Mädchen ☐ Knabe
Strasse / Nr.	_____	PLZ / Ort	_____
Name der Eltern / Betreuer _____			
Mobile Privat	_____	Mobile Geschäft	_____
E-Mail (WICHTIG) _____			
Aufzubieten ☐ unter Adresse des Kindes			
☐ andere Adresse (inkl. E-Mail) _____			

☐ Vereinbarter Termin _____		☐ Patient bitte aufbieten	

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|---|--|
| ☐ klinisch - neurologisch | ☐ Pulsoximetrie (ambulant, nächtlich) |
| ☐ Wach-EEG | ☐ Schlaflabor / Polysomnografie |
| ☐ Schlaf-EEG nach Schlafentzug | |

Klinische Angaben: _____

Medikamente: _____

Fragestellung: _____

☐ Relevante Berichte in der Beilage

Bericht per:

- ☐ Post
- ☐ E-Mail _____

Ort, Datum _____

Zuweisender Arzt: