

Anmeldeformular Neurologie

PATIENTIN/PATIENT

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____ Tel. Mobile: _____
 Strasse/Nr: _____ PLZ/Ort: _____

ANMELDUNG

Erstkonsultation

Karpaltunnelsyndrom
 Ulnaris-Neuropathie
 Polyneuropathie
 Brachialgie/Lumboischialgie
 Multiple Sklerose

Verlaufskontrolle

Epilepsie
 Zerebrovaskuläre Abklärung
 Kopfschmerzen
 Schwindel
 Parkinsonsyndrom

Restless-Legs-Syndrom
 Kognitive Störung
 Schleudertrauma

TERMIN

notfallmässig
 (bitte 034 421 19 15 anrufen)

dringlich

nach Verfügbarkeit

Terminwunsch: _____

Dr. med. A. Cavelti

Dr. med. J. Mathys

KLINISCHE ANGABEN, AKTUELLE MEDIKATION

FRAGESTELLUNG

Termin vereinbart auf: _____

zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

bitte aufbieten

Besonderes:

Beilagen:

Datum: _____

Bitte zustellen per Fax 034 421 16 98 oder via Mail an neurologie@spital-emmental.ch