

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
 Parkinson-Syndrom

Tremor
 Restless-Legs-Syndrom
 Botulinumtoxin-Sprechstunde
 HWS-Distorsionstrauma

TERMIN

notfallmässig (bitte 034 421 19 15 anrufen) dringlich nach Verfügbarkeit
 Terminwunsch: _____
Dr. med. A. Cavelti **Dr. med. J. Mathys** **Dr. med. G. Schoch**

KLINISCHE ANGABEN, AKTUELLE MEDIKATION

FRAGESTELLUNG

Termin vereinbart auf: _____ bitte aufbieten
 Besonderes: _____ Beilagen: _____

Datum: _____ Zuweisende /r Ärztin/Arzt: _____

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