

Anmeldung zur Neurologischen Untersuchung

Patientin/Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Telefon tagsüber
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	Krankenversicherung/Versichertennummer	Unfallversicherung/Schadensnummer
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Klinische Angaben und Fragestellung

Bitte schicken Sie allfällige Vorbefunde mit Ihrer Anmeldung mit

Gewünschte Untersuchung

- Duplex-Sonographie
- EMG/NLG
- EEG
- Lumbalpunktion

Bericht ...

- Schnellbefund per Telefon
- Befund nur per Fax
- Befund nur per E-Mail
- Zustellung per Post (ca. 5 Tage)

... an Telefon/Fax/E-Mail

Telefonnummer/Faxnummer für Bericht

E-Mail-Adresse für Bericht

Zuweisender Arzt

(Ihr) Vorname/Name	PLZ/Praxisort	Telefon Praxis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Berichte an folgende Secure-Mail z.B. @hin.ch
		<input type="text"/>

Sie können das Formular nur ausdrucken oder versenden, falls Sie alle rot markierten Felder ausgefüllt haben.

Datum des Versands/Ausdrucks (wird automatisch generiert):

senden

drucken