



Ceci n'est pas une noix

Neurowinterthur

Dr. med. C. Reutter & Dr. med. A. Bont

Anmeldeformular zur neurologischen Untersuchung

Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon privat: _____ Telefon Geschäft: _____
Mobile: _____ Geburtsdatum: _____

Gewünschte Abklärung/Therapie

- Neurologisches Konsilium Neurologische Verlaufskontrolle

Zusatzuntersuchungen/Therapien (bei speziellem Wunsch ankreuzen, ansonsten wird die Indikation unsererseits je nach Fragestellung geprüft):

- EEG Trans- und extrakranielle Farbduplexsonographie
 Elektrodiagnostik (EMG, ENG) Botox-Therapie
 Evozierte Potentiale: Epidurale Steroidinfiltration (Sakralblock)
 MEP VEP OSEP

Terminwunsch

- Notfallmässig (bitte kurz anrufen) Bei Gelegenheit
 Sobald als möglich Termin bereits telefonisch vereinbart für: _____

Fragestellung/Zuweisungsgrund:

Aktuelle Medikation:

Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____

Allfällige MR-Bilder/CDs bitte mitgeben.