

## 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:

Stempel / Unterschrift