

Zuweisungsformular

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Mädchen ☐ Knabe ☐

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Name der Eltern / Betreuer _____

Telefon P _____ Telefon G _____ Mobile _____

Aufzubieten ☐ unter Adresse des Kindes
☐ andere Adresse _____

☐ Vereinbarter Termin _____ ☐ Patient bitte aufbieten

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|--|--|
| ☐ klinisch - neurologisch | ☐ Schlaf-EEG nach Schlafentzug |
| ☐ neuropsychologisch | ☐ Pulsoximetrie (ambulant, nächtlich) |
| ☐ Wach-EEG | ☐ Schlaflabor / Polysomnografie |

Klinische Angaben / Medikamente / Fragestellung:

☐ Relevante Berichte in der Beilage

Bericht per:

☐ Post

☐ Fax Nr: _____

☐ Email _____

Ort, Datum _____

Zuweisender Arzt:

Stempel / Unterschrift