

Absender
Name
Vorname
Geb. Datum
Strasse
PLZ, Ort
Tel.-Nr.
Beruf
Kostenträger

Herrn
 Dr. med. H. Schwan
 Facharzt FMH für Neurologie
 Hirslanden Medical Center
 Rain 34
 5000 Aarau

Tel. 062/836 77 50 Fax: 062/836 77 51

Anmeldung für	<input type="checkbox"/> konsiliarische neurologische Untersuchung <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> ENG/EMG <input type="checkbox"/> evozierte Potentiale <input type="checkbox"/> Ultraschall der hirnversorgenden Gefässe <input type="checkbox"/> Untersuchungstermin bereits vereinbart <input type="checkbox"/> Patient/in direkt aufbieten <input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> Telefonischer Bericht erwünscht? <input type="checkbox"/> Sollen weitere Massnahmen wie radiologische Untersuchungen oder Anmeldung zur Hospitalisation oder Operation direkt veranlasst werden?
Anamnestische Angaben, wichtige Befunde und Spezialbefunde	
Gegenwärtige Therapien	
Verdachtsdiagnose und/oder Fragestellung	
Berichtskopie an	
Datum	Unterschrift