

Zuweisung Neurovaskulärer Ultraschall

Patient

Name	
Geburtsdatum	
Adresse / Telefonnummer	

Zuweisender Arzt

Name	
Adresse / Klinik	
Telefon / Sucher	

Gewünschte Untersuchung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Extrakranielle Gefässe | <input type="checkbox"/> Embolie-Monitoring |
| <input type="checkbox"/> Intrakranielle Gefässe | <input type="checkbox"/> Shunt-Detektion (PFO) |
| <input type="checkbox"/> Vordere Zirkulation | <input type="checkbox"/> Stent-Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> Hintere Zirkulation | <input type="checkbox"/> Andere: |

Fragestellung	_____
Klinische Angaben	_____
- Verdachtsdiagnose	_____
- Anamnese	_____
- Neurostatus	_____
Medikamente	_____
- Gerinnungshemmer	_____
- Statin	_____
Voruntersuchungen	_____
- Neurosonographie	_____
- CT	_____
- MRI	_____

Bitte senden an :

Neurovaskuläre Abklärungsstation - Universitätsklinik für Neurologie
 Bettenhochhaus, Zimmer B 153
 3010 Inselspital Bern,
 oder
 FAX 031 632 89 60
 oder
 Email neurosono@insel.ch

Telefonischer Kontakt: 031 632 31 56 / 031 632 27 72