

Zuweisung **Universitäres Ambulantes Neurozentrum**

Patient

Name _____
Geburtsdatum _____
Adresse / Telefonnummer _____

Zuweisender Arzt

Name _____
Adresse / Klinik _____
Telefon / Sucher _____

Sprechstunde (falls spezifischer Wunsch)

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| Allgemeine Neurologie | Bewegungsstörungen |
| Schmerz / Kopfschmerz | Epilepsie / EEG |
| Schwindel | Schlaf-Wach-Störungen |
| Vaskuläre Sprechstunde | Kognitive Störungen |
| Neuro-Immunologie / MS | Neuromuskuläre Krankheiten / ENMG |
- Andere: _____

Fragestellung

Klinische Angaben

- Anamnese
- bisherige Untersuchungen

Medikamente

Bitte senden an:

Universitäres Ambulantes Neurozentrum, Inselspital Bern, 3010 Bern oder
FAX 031 632 03 21 oder E-Mail neurozentrum@insel.ch
Telefon: 031 632 70 00