

Zuweisungsformular «Kinder & Jugendliche»

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und übermitteln Sie es uns per E-Mail an praxis-neuroteam@hin.ch.
Allfällige bildtechnische Befunde wie Röntgenbilder, MRI-Bilder etc. bitte dem Patienten mitgeben.

Patientenangaben

Name/Vorname Geburtsdatum
 Name/Vorname Mutter
 Name/Vorname Vater
 Strasse/Nr. PLZ/Ort
 Telefon Mobile
 E-Mail
 Krankenkasse/Versichertennummer
 Invalidenversicherung involviert? Ja Nein
 falls ja, bereits anerkannte GgV Ziffer

Zuweisungsgrund

Zusatzdiagnostik EEG

Aktuelle Medikation inkl. Dosierung

Zusätzliche Angaben

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

Name/Vorname
 Strasse/Nr. PLZ/Ort
 HIN E-Mail
 Berichterstattung erfolgt normalerweise per E-Mail lieber per Post