

## Zuweisungsformular «Kinder & Jugendliche»

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und übermitteln Sie es uns per E-Mail an [praxis-neuroteam@hin.ch](mailto: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