

**Neurologie FMH**

**Anmeldung zur neurologischen Abklärung**

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

☎ Mobile: \_\_\_\_\_

☎ P: \_\_\_\_\_

☎ G: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchung(en) / Abklärungen**

- Konsilium     EMG     EEG     Doppler / Duplex     Anderes

**Fragestellung**

**Zuweisung für**

- Erstmöglicher Termin     Dr. Martin Landolt     Dr. Sandra Thomann

**Antwort per**

- Fax     Email (Word oder PDF-Dokument)     Brief

**Stempel und Unterschrift**

- Bitte aufbieten  
 Termin vereinbart: .....  
 Neue Anmeldeformulare

**Datum:** \_\_\_\_\_