

## Zuweisungsformular

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  Mädchen  Knabe

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Name der Eltern / Betreuer \_\_\_\_\_

Mobile Privat \_\_\_\_\_ Mobile Geschäft \_\_\_\_\_

E-Mail (WICHTIG) \_\_\_\_\_

Aufzubieten  unter Adresse des Kindes  
 andere Adresse (inkl. E-Mail) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vereinbarter Termin \_\_\_\_\_  Patient bitte aufbieten

### Gewünschte Untersuchung:

- |                                                       |                                                              |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klinisch - neurologisch      | <input type="checkbox"/> Pulsoximetrie (ambulant, nächtlich) |
| <input type="checkbox"/> Wach-EEG                     | <input type="checkbox"/> Schlaflabor / Polysomnografie       |
| <input type="checkbox"/> Schlaf-EEG nach Schlafentzug |                                                              |

Klinische Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relevante Berichte in der Beilage

### Bericht per:

- Post  
 E-Mail \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

### Zuweisender Arzt:

Stempel / Unterschrift