

Patient:

Name:	<input type="text"/>	Strasse/Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>

Gewünschte Abklärung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neurologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> Visuell evozierte Potenziale (VEP) |
| <input type="checkbox"/> Neurovaskuläre Duplexsonographie | <input type="checkbox"/> Sensibel evozierte Potenziale (SEP) |
| <input type="checkbox"/> Elektroenzephalographie (EEG) | <input type="checkbox"/> Liquorpunktion |
| <input type="checkbox"/> Elektroneuromyographie (ENMG) | |

Terminwunsch:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> sobald als möglich |
| <input type="checkbox"/> Termin vereinbart für: | <input type="text"/> |

Klinische Angaben & Fragestellung: siehe Begleitschreiben

Datum:

Stempel & Unterschrift: