



Formulaire d'attribution

Médecin

Médecin (timbre)

Urgent

Date*:

Schänzlistrasse 45

3013 Berne

Suisse

Téléphone +41 (0) 31 330 60 70

Fax +41 (0) 31 330 60 74

neurozentrum@nzbern.ch

www.nzbern.ch

Patient/in

Prénom*:

Sexe*:

masculin

féminin

Nom*:

Date de naissance*:

Rue/No.*:

Téléphone privé*:

CP/Ville*:

Téléphone prof.:

Assurance mal.:

Portable:

No. d'assuré:

E-mail:

Médication*:

Annexes/rapports/imagerie:

en annexe

par e-mail séparé

sont apportés par le/la patient/-e

par courrier séparé

par fax

Attribution à*

Attribution à tous

Dr Sebastian Humpert

Dr Anne Mugglin

Dr Isabel Charlotte Keller

Dr Tobias Haefeli

Prof. Dr Johannes Mathis

Dr Kai Liesirova

Dr Verena Blatter

Prof. Dr Bernhard Voller

Neuropsychologie

Dr Silvia Chaves

Dr Dörthe Heinemann

Raison(s) d'attribution*

Autre (voir remarques)

M. Maladie de Parkinson

Traumatisme crânien/coup du lapin

Démence

Sclérose en plaques

Examen des vertiges

Épilepsie

Polyneuropathie

Examen des syncopes

Trouble de la fonction cérébrale

Syndr. des jambes sans repos

Examen de l'AIT

Syndr. du canal carpien les deux D G

Maux de dos

Compression cubitale les deux D G

Remarques

Merci pour votre coopération !