



# Zuweisungsformular

Zuweisende/r Ärztin / Arzt (Stempel)

Stempel Ärztin / Arzt

**Dringend**

**Datum\*:**

Schänzlistrasse 45

3013 Bern

Schweiz

Telefon +41 (0) 31 330 60 70

Fax +41 (0) 31 330 60 74

[neurozentrum@nzbern.ch](mailto:neurozentrum@nzbern.ch)

[www.nzbern.ch](http://www.nzbern.ch)

## Patient/in

männlich weiblich

**Vorname\*:**

**Geschlecht\*:**

**Name\*:**

**Geburtsdatum\*:**

**Strasse / Nr.\*:**

**Telefon P\*:**

**PLZ / Ort\*:**

**Telefon G:**

**Krankenkasse:**

**Mobile:**

**Versichertenr.:**

**E-Mail:**

**Medikation\*:**

## Beilagen/Berichte/Bildgebung:

im Anhang

folgen mit separatem E-Mail

werden von der Patientin/

folgen mit separater Post

folgen per Fax

vom Patienten mitgebracht

## Zuweisung an\*

Zuweisung an alle

Dr. Sebastian Humpert Dr.

Dr. Harun Njago

Dr. Isabel Charlotte Keller

Tobias Haefeli

Prof. Dr. Johannes Mathis

Dr. Kai Liesirova

Dr. Verena Blatter

Prof. Dr. Bernhard Voller

## Neuropsychologie

Dr. Silvia Chaves

Dr. Dörthe Heinemann

## Zuweisungsgrund / Zuweisungsgründe\*

Anderes (siehe Bemerkungen)

M. Parkinson

Schädel-Hirn-Trauma/

Demenz

Multiple Sklerose

Schleudertrauma Schwindelabklärung

Epilepsie

Polyneuropathie

Synkopenabklärung

Hirnfunktionsstörung

Restless Legs-Syndrom

TIA-Abklärung

Karpaltunnelsyndrom bds re li

Rückenschmerzen

Ulnaris-Kompression bds re li

## Bemerkungen

**Vielen Dank für die Zusammenarbeit!**