



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

www.nzbern.ch

Patient/in

männlich weiblich

Vorname*:

Geschlecht*:

Name*:

Geburtsdatum*:

Strasse / Nr.*:

Telefon P*:

PLZ / Ort*:

Telefon G:

Krankenkasse:

Mobile:

Versichertennr.:

E-Mail:

Medikation*:

Beilagen/Berichte/Bildgebung:

im Anhang

folgen mit separatem E-Mail

werden von der Patientin/
vom Patienten mitgebracht

folgen mit separater Post

folgen per Fax

Zuweisung an*

Zuweisung an alle

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

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!