

NEUROZENTRUM OBERAARGAU

Neurologie • Neurochirurgie • Neuropädiatrie
Zentrum für Multiple Sklerose • Zentrum für Parkinsonerkrankungen

FAX-ANMELDUNG

FAX 062 919 41 42

NAME: _____ VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____

ADRESSE: _____ PLZ/ORT: _____ E-MAIL: _____

TELEFON P/G/HANDY: _____

KRANKENKASSE: _____ VERSICHERUNGS-NUMMER: _____

UNFALL-VERSICHERUNG: _____ VERSICHERUNGS-NUMMER: _____

NICHT DRINGEND: _____ DRINGEND: _____ NOTFALL: _____

EPILEPSIE: _____ CTS: _____ ULNARIS: _____ PARKINSON: _____

DEMENZ: _____ MULTIPLE SKLEROSE: _____ MIGRÄNE/KOPFSCHMERZEN: _____ SCHWINDEL: _____

NEUROLOGIE: _____ ZENTRUM FÜR MULTIPLE SKLEROSE: _____
NEUROCHIRURGIE: _____ ZENTRUM FÜR PARKINSONERKRANKUNGEN: _____
NEUROPÄDIATRIE: _____

OHNE KLINISCHE UNTERSUCHUNG:

ULTRASCHALL DER HIRNVERSORGENDEN ARTERIEN (EXTRA/INTRAKRANIELL): _____ EEG: _____

FRAGESTELLUNG/PROBLEM: _____

MEDIKAMENTE:

MEDIKAMENT	MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT

MEDIKAMENT	MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT

DATUM: _____ STEMPEL UND UNTERSCHRIFT: _____