



## Anmeldung Neurologie

---

ambulant <input type="checkbox"/>	Aufbieten gewünscht <input type="checkbox"/>	anfordernder Arzt:
stationär <input type="checkbox"/>	voraussichtliches Entlassungsdatum:	Kopie des Berichts an:
Zimmernummer:		

**Beschwerde/Befund:**

Genaue Fragestellung:

Geht es vor allem um Diagnose?

Ist eine Therapieempfehlung gewünscht?  schulmedizinisch  anthroposophisch

Ist eine weitere therapeutische Begleitung des Patienten (ambulant oder stationär) gewünscht?  ja  nein

Gewünschte Untersuchung:

Neurologisches Konsil

Kann die gewünschte Diagnostikuntersuchung schon vor dem Konsil durchgeführt werden

**Nervenleitgeschwindigkeit** (z.B. Karpaltunnel, Polyneuropathie)  Arm  Bein

**Evozierte Potenziale** (z.B. MS, unklare Ausfälle)  sensibel  visuell  akustisch

**EEG** (z.B. unklarer Bewusstseinsverlust)  ohne  mit Schlafentzug

**Langzeit-Video-EEG** (z.B. häufiger Bewusstseinsverlust)

**EMG** (z.B. radikuläre Schmerzen / Wurzelkompression)

**Memory Clinic** (z.B. Erinnerungsstörung oder Aufmerksamkeitsprobleme)

<b>Dringlichkeit</b> (Zeitraum angeben):	<b>Persönliche Rücksprache gewünscht</b> <input type="checkbox"/>
--	---

Datum:

Unterschrift: