

## Zuweisung **Universitäres Ambulantes Neurozentrum**

### Patient

Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse / Telefonnummer \_\_\_\_\_

### Zuweisender Arzt

Name \_\_\_\_\_  
Adresse / Klinik \_\_\_\_\_  
Telefon / Sucher \_\_\_\_\_

### Sprechstunde (falls spezifischer Wunsch)

- |                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| Allgemeine Neurologie  | Bewegungsstörungen                |
| Schmerz / Kopfschmerz  | Epilepsie / EEG                   |
| Schwindel              | Schlaf-Wach-Störungen             |
| Vaskuläre Sprechstunde | Kognitive Störungen               |
| Neuro-Immunologie / MS | Neuromuskuläre Krankheiten / ENMG |
- Andere: \_\_\_\_\_

### Fragestellung

### Klinische Angaben

- Anamnese
- bisherige Untersuchungen

### Medikamente

### Bitte senden an:

Universitäres Ambulantes Neurozentrum, Inselspital Bern, 3010 Bern oder  
Telefon: 031 632 70 00 oder E-Mail neurozentrum@insel.ch