

**Patientenüberweisung
Ambulante Konsultationen/Neuro- und Entwicklungspädiatrie**

Angaben zum Patienten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Land	
<input type="checkbox"/> Patient telefonisch aufbieten:	
<input type="checkbox"/> Patient schriftlich aufbieten	
<input type="checkbox"/> Patient im UKBB bekannt	
<input type="checkbox"/> Dolmetscher; Sprache:	

Sekretariat Neuropädiatrie

Fax +41 61 704 12 77
E-Mail: neuropaediatrie@ukbb.ch

Bitte faxen oder e-mailen Sie das vollständig ausgefüllte Formular an das Sekretariat Neuropädiatrie.

[Formular per E-Mail senden](#)

Allgemeine Sprechstunde
<input type="checkbox"/> Neuropädiatrie <input type="checkbox"/> Entwicklung/Neuropsychologie

Spezialsprechstunde
<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Autismusspektrum
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Neuromuskulär
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörung/CP <input type="checkbox"/> Neurokutane Syndrome
<input type="checkbox"/> Schlaf-Sprechstunde <input type="checkbox"/> Trisomie 21

Überweisungsdiagnose/Fragestellung/Therapien/Medikation
<input type="checkbox"/> Vorgeschichte (bitte Berichte beilegen)
<input type="checkbox"/> Medikation:
Fragestellung (Freitext):

Dringlichkeit
<input type="checkbox"/> Konsultation/Untersuchung innerhalb von zwei Tagen (nur nach Rücksprache mit Dienstarzt Neuro)
<input type="checkbox"/> Konsultation/Untersuchung innerhalb einer Woche (nur nach Rücksprache mit Dienstarzt Neuro)
<input type="checkbox"/> Konsultation/Untersuchung innerhalb eines Monats
<input type="checkbox"/> Konsultation/Untersuchung innerhalb 3 Monate

Datum	Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes
	(bei E-Mail-Versand bitte Namen und Adresse angeben)