

# Zuweisungsformular

Zuweisende/r Ärztin / Arzt (Stempel)



Unterer Quai 92  
2502 Biel/Bienne  
Schweiz

Stempel Ärztin / Arzt

**Dringend**

Telefon +41 (0) 32 329 55 99  
Fax +41 (0) 32 322 76 05

**Datum\*:**

neurologie@nzbs.ch  
www.nzbs.ch

## Patient/in

**Vorname\*:**

**Geschlecht\*:**

männlich weiblich

**Name\*:**

**Geburtsdatum\*:**

**Strasse / Nr.\*:**

**Telefon P\*:**

**PLZ / Ort\*:**

**Telefon G:**

**Krankenkasse:**

**Mobile:**

**Versichertenr.:**

**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. Tobias Haefeli

Dr. Thomas Loher

Dr. Klaus Meyer

## Zuweisungsgrund / Zuweisungsgründe\*

Anderes (siehe Bemerkungen)

M. Parkinson

Schädel-Hirn-Trauma/Schleudertrauma

Multiple Sklerose

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!**