

Anmeldung EEG ambulant

Bei Zuweisung von extern

Name:	Vorname:	Geb.-Dat.:
Strasse:	Vorname der Eltern:	
PLZ/Ort:	Telefon-Nr./Mobile:	
Krankenkasse:	IV-Nr.:	Priv. Pat.:

Anmeldung für (bitte Beschreibung "Gewünschte Untersuchungen" beachten):

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wach-EEG | <input type="checkbox"/> Schlaf-EEG | <input type="checkbox"/> AEP |
| | | <input type="checkbox"/> VEP |
| <input type="checkbox"/> Anfallssprechstunde | | <input type="checkbox"/> SEP |

Anamnese: (FA/PA)

Frühere EEG's: Kinderspital andernorts (wo, wann?; bitte Befundkopie)

Anfallsbeschreibung:

Klinisch-neurologischer Befund/Verlauf:

Diagnose:

Medikamente/genauere Dosis:

Fragestellung:

Gewünschtes Untersuchungsdatum:

Datum: Arzt (Tel./Sucher): Stempel/Unterschrift:

Bitte nicht per E-Mail senden

Gewünschte Untersuchungen

EEG oder evozierte Potentiale:

Zuweisung des Patienten zum EEG oder zu evozierten Potentialen (EP) ohne Anfallsprechstunde.

Es erfolgt eine EEG- oder EP-Ableitung und –Befundung sowie allgemeine Vorschläge zum diagnostischen bzw. therapeutischen Procedere. Durchführung von Therapie, Diagnostik und Patienten- bzw. Elternaufklärung erfolgt durch den zuweisenden Arzt.

Schlaf-EEG:

EEG-Aufzeichnung mit Schlaf. Bei einem EEG mit vorausgehendem Schlafentzug wird das Vorgehen vorab detailliert besprochen.

Indikation: Epilepsieverdacht (nach vorhergehendem normalem bzw. nicht schlüssigem Wach-EEG)

Anfallsprechstunde:

mit Eltern und Patienten wird nach dem EEG das Ergebnis besprochen, evtl. notwendige Untersuchungen und Therapieänderungen werden veranlasst. Sie erhalten von uns einen Bericht.

Evozierte Potentiale:

akustisch (AEP), visuell (VEP) oder somatosensorisch (SEP N. medianus oder N. tibialis) evozierte Potentiale. Bitte vorbesprechen.