



Z.E.N. der Stiftung Wildermeth  
Kloosweg 22, 2502 Biel/Bienne  
Tel. Sekretariat: 032 321 42 00  
[zen-sekretariat.chefarzt@hin.ch](mailto:zen-sekretariat.chefarzt@hin.ch)

**Zuweiser (Arzt / Ärztin / Praxis)**

## Ärztliche Verordnung für Untersuchungen am Z.E.N.

Name / Vorname PatientIn:

Geb. Datum:

Adresse:

PLZ / Ort:

Tel. / Mobile:

E-Mail-Adresse:

Sprache:

Übersetzung nötig?      ja      nein

Krankenkasse:

Vers. Nr.:

Falls IV-Anmeldung besteht / pendent ist: bitte GgV Nummer angeben

### Zuweisungsgrund für neuropädiatrische Untersuchung

motorische Auffälligkeiten

Epilepsie

Anderes (bitte ergänzen):

Der Patient / die Patientin hat bereits folgende (medizinische) Diagnose/n:

Der Patient / die Patientin hat / hatte bereits folgende Therapien (inkl. Medikamente):

Haben bereits Abklärungen / Untersuchungen im Zusammenhang mit oben genannter Fragestellung stattgefunden?

Nein                    Ja    → bitte Berichte beilegen

Danke, dass Sie den Patienten / die Patientin direkt aufbieten und mir einen Untersuchungsbericht zusenden.

Ort, Datum

**Stempel, Unterschrift**

**Weitere relevante Angaben zu Ihrem Patienten / zu Ihrer Patientin sowie Präzisierungen zu oben genannten Punkten:**

**Bitte senden Sie uns die Verfügung an oben genannte Post- oder Hin-Adresse**