



Z.E.N. der Stiftung Wildermeth
Kloosweg 22, 2502 Biel/Bienne
Tel. Sekretariat: 032 321 42 00
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	neuropsychologische und/oder	neuropädiatrische Untersuchung
V. a. globale Entwicklungsstörung		motorische Auffälligkeiten
V. a. kognitive Teilleistungsstörung		Epilepsie
V. a. ADHS / POS		Anderes (bitte ergänzen):
V.a. Verhaltensstörung / emotionale Störung mit Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit		

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

Bitte senden Sie uns die Verordnung an oben genannte Post- oder HIN-Adresse

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