##

## Anmeldung Neurologische Diagnostik BSS

**Departement Innere Medizin**

**Klinik für Neurologie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient** Name Vorname Adresse PLZ, Ort | Geburtsdatum: Telefon-Nrn.:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosen:****Medikamente:** | **Problem/Fragestellung:** **Antikoagulation**  **Allergien** |

**Gewünschte Untersuchung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bürgerspital Solothurn** Haus 6 (Altbau), Stockwerk D Tel. 032 627 35 17Email: neurologie.bss@spital.so.ch  | **Bemerkungen zur Anmeldung:** |
| ❑ Elektroenzephalographie EEG❑ Neurovaskulärer Ultraschall NVUS ❑ Emboli-Monitoring* Neurosonographie

❑ Elektroneuro-/myographien ENMG❑ Polyneuropathie-Screening❑ CTS❑ Visuell Evozierte Potenziale VEP❑ Somatosensibel Evozierte Potenziale SSEP❑ Motorisch Evozierte Potentiale MEP ❑ Neurovegetative Untersuchung: RR-Intervall sudomotorische sympathische Reizantwort ❑ 24h nicht-invasive kontinuierliche Blutdruckmessung \*\*❑ Video-Kopfimpulstest ❑ Video-Okulographie  | **Gesichtsfeldmessung, Neuroophthalmologie: \*\***❑ Statische Perimetrie❑ Screening Diabetische Retinopathie❑ Verkehrsmedizin❑ Dynamische Gesichtsfeldmessung❑ Neurologische Gesichtsfelddefekte❑ Verkehrsmedizin |
| **Schlafmedizin:** ❑ Ambulante EEG-Polygraphie❑ Polysomnographie PSG **\*\***(Schlafmedizinische Untersuchung)❑ Vigilanz-Testung MWT / MSLT / Pupillographie **\*\***❑ Aktigraphie / PLM-Analyse❑ Schlafscreening zu Hause❑ Night-Balance (Positionstraining)❑ Verkehrsmedizinische Beurteilung bei schlafmedizinischen Erkrankungen |
|  |

**Versand Untersuchungsbericht**  **per Post**  **per Email**

Ort/Datum Zuweisender Arzt/Ärztin Stempel