## 

## 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 17  Email: [neurologie.bss@spital.so.ch](mailto: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