

## Anmeldung Neurologische Diagnostik BSS

### Patient

Name  
Vorname  
Adresse  
PLZ, Ort

Geburtsdatum:  
Telefon-Nrn.:

<p><b>Diagnosen:</b></p>  <p><b>Medikamente:</b></p>	<p><b>Problem/Fragestellung:</b></p>   <p><input type="checkbox"/> Antikoagulation                      <input type="checkbox"/> Allergien</p>
--	---

### Gewünschte Untersuchung

<p><b>Bürgerspital Solothurn</b> Haus 2, Stock M und Stock G** T 032 627 35 17 Mail: <a href="mailto:neurologie.bss@spital.so.ch">neurologie.bss@spital.so.ch</a></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Elektroenzephalographie EEG</li> <li><input type="checkbox"/> Neurovaskulärer Ultraschall NVUS             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Emboli-Monitoring</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Neurosonographie (Parkinsonkrankheit)</li> <li><input type="checkbox"/> Elektroneuro-/myographien ENMG             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Polyneuropathie-Screening</li> <li><input type="checkbox"/> CTS</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Visuell Evozierte Potenziale VEP</li> <li><input type="checkbox"/> Somatosensibel Evozierte Potenziale SSEP</li> <li><input type="checkbox"/> Motorisch Evozierte Potentiale MEP</li> <li><input type="checkbox"/> Neurovegetative Untersuchung: RR-Intervall sudomotorische sympathische Reizantwort</li> <li><input type="checkbox"/> 24h nicht-invasive kontinuierliche Blutdruckmessung **</li> <li><input type="checkbox"/> Video-Kopfimpulstest</li> <li><input type="checkbox"/> Video-Okulographie</li> </ul>	<p><b>Gesichtsfeldmessung, Neuroophthalmologie: **</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Statische Perimetrie             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Screening Diabetische Retinopathie</li> <li><input type="checkbox"/> Verkehrsmedizin</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Dynamische Gesichtsfeldmessung             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Neurologische Gesichtsfelddefekte</li> <li><input type="checkbox"/> Verkehrsmedizin</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Schlafmedizin:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ambulante EEG-Polygraphie</li> <li><input type="checkbox"/> Polysomnographie PSG ** (Schlafmedizinische Untersuchung)</li> <li><input type="checkbox"/> Vigilanz-Testung MWT / MSLT / Pupillographie **</li> <li><input type="checkbox"/> Aktigraphie</li> <li><input type="checkbox"/> PLM-Analyse</li> <li><input type="checkbox"/> Night-Balance (Positionstraining)</li> <li><input type="checkbox"/> Verkehrsmedizinische Beurteilung bei schlafmedizinischen Erkrankungen</li> </ul>

\*\* Ort: Bürgerspital Solothurn, Schlaflabor, Stock G

Versand Untersuchungsbericht  per Post  per Mail

Ort/Datum

Zuweisender Arzt/Ärztin Stempel