

Anmeldeformular: DeepPsy EEG/EKG-Bericht

Bitte füllen Sie die Angaben aus und senden Sie diese anschliessend an: mateo.debardeci@hin.ch

Patientenangaben:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geschlecht

Männlich

Weiblich

Telefon / Mobile

Email

Strasse

PLZ/Ort

Krankenkasse

Diagnose / Verdachtsdiagnose (optional)

EEG / EKG Relevante Medikamente (optional)

Überweisungsinformationen

Zuständiger Arzt

Vorname

Name

Email

Telefon / Mobile

PLZ/Ort

Falls die zuweisende Stelle eine Organisation ist

Name

PLZ/Ort

Email

Telefon / Mobile
