

An die
Praxis für Kinder- u Jugendmedizin / Neuropädiatrie
Taraneh Ghassemi-Keller
Sachsenhausen 11, 63773 Goldbach

FAX : 06021/5883218
Email: info@kinderarztpraxis-goldbach.de

EEG-Anforderungsschein

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.Nr: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Anamnese:

Klinische Fragestellung:

Aktuelle Medikation:

EEG-Vorbefunde?

Cran. Bildgebung?

Vorbefunde (Arztbriefe, Labor, psycholog. Testung) etc. bitte mitsenden!

Familienanamnese:

Stempel des überweisenden Arztes:

Antwort Praxis Ghassemi-Keller:

Termin zum EEG wurde vereinbart am _____ um _____ Uhr.