

Überweisung

Patientenangaben / Patientenetikette

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Strasse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobile:	_____
E-Mail:	_____	Versicherung:	_____

Bitte Auswahl treffen:

Umfassende neuropsychiatrische und neuropsychologische Abklärung:

ADHS Depression Angst Zwang Demenz _____

Zusatzdiagnostik ohne ärztliche Sprechstunde:

Neuropsychologische Untersuchung quantitatives EEG und kognitiv evozierte Potentiale (qEEG/ERP)
 konventionelles EEG psychophysiologischer Belastungstest (Herzratenvariabilität etc.)

Neuromodulation und nicht-invasive Neurostimulation:

Neuro-/Biofeedback transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) transkranielle Magnetstimulation rTMS

Klinische Angaben und Fragestellung

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift