

Abteilung Neurophysiologie
Prof. Dr. med. Ralph Mager

Anmeldung zum EEG

Name: _____ **Vorname:** _____

Geb. Datum: _____

Adresse/Tel.-Nr.: _____

Krankenkasse mit Nummer: _____

Fragestellung:

Medikamente

Frühere EEG (wann und wo?)

Zuweiser/in:

Datum:

Termine und Rückfragen unter 061 325 51 92
Senden an Fax: 061 325 54 92 / eegteam@upk.ch

