

**Dr. med. Benedikt Buse**

Facharzt für Neurologie,  
Psychiatrie u. Psychotherapie FMH  
Alpenstr. 4  
CH – 6004 Luzern  
E-mail: praxis@dr-buse.ch  
www.dr-buse.ch



Telefon: 041 410 70 71  
Telefax: 041 410 70 72

**Anmeldung zur Neurologischen Untersuchung**

<b>Konsilium</b> <input type="checkbox"/>	<b>EEG</b> <input type="checkbox"/>	<b>NLG/EMG</b> <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---

<b>Anmeldender Arzt:</b> Praxisstempel oder Name+Praxisadresse	<b>Patient:</b> Name, Vorname:  Geburtsdatum: Adresse:  Telefon:
---	--

<b>Fragestellung:</b>
-----------------------

<b>Anamnese:</b>
------------------

<b>Diagnosen:</b>	<b>Medikamente:</b>
-------------------	---------------------

<b>Terminwunsch</b>		
<b>Nächste Woche</b> <input type="checkbox"/>	<b>Langfristig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Termin gewünscht am:</b>