



Dr. med. Michael Lohmann, Bismarckstraße 18, 56470 Bad Marienberg

Telefon 02661-9805795, Fax: 02661-9828099, Mail praxis @neurolohmnn.de

Terminanfrage

- gerne per Post, per Email, per Fax -

_____, geboren am _____
Name Vorname Geburtsdatum

Telefonnummer Mobilfunknummer Email-Adresse

Hausarzt ja **Hausarztvermittlungsfall** Krankenkasse

Folgende Diagnose oder Frage steht auf meiner Überweisung:

Ich habe folgende Beschwerden:

Ich habe bereits eine der folgenden neurologischen Erkrankungen:

<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Erlittener Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Parkinsonerkrankung	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Kollaps mit Bewusstlosigkeit (Synkope)
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Gehirntumor
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Spastik
<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom oder ähnliches	<input type="checkbox"/> Operation Halsschlagader zur Kontrolle
<input type="checkbox"/> Chronisches Schmerzsyndrom	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/>