

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**

