

Überweisung

Patientenangaben / Patientenetikette

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: w m
Strasse: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____ Versicherung: _____

Neuro-/Biofeedback Gleichstromstimulation (tDCS) Magnetstimulation (rTMS) Pulsstimulation (TPS)

Klinische Angaben und Fragestellung

Ort, Datum

Praxis-Stempel, Unterschrift

NeuroStim.CH GmbH

| Praxen für Neurostimulation

| E neurostim@hin.ch

NeuroStim Bethanien

| Toblerstrasse 51

| 8044 Zürich

| T 044 286 20 70

| E neurostim.bethanien@hin.ch

NeuroStim Enge

| Seestrasse 43

| 8002 Zürich

| T 044 286 20 60

| E neurostim.enge@hin.ch