

**Anmeldung zur neuropsychologischen Untersuchung/ Abklärung von Hirnleistungsstörungen/
Demenzabklärung**

Patient/in

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/ Ort	_____
Tel. privat	_____	Tel. G.	_____
Geb.dat.	_____	Zivilstand	_____
Krankenkasse	_____	Vers.-Nr.	_____

Bezugsperson (insb. bei Demenzabklärungen wichtig)

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/ Ort	_____
Tel. privat	_____	Tel. G.	_____

Grund der Zuweisung

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung | <input type="checkbox"/> Sprachstörung |
| <input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderungen | <input type="checkbox"/> Fahreignung |
| <input type="checkbox"/> Unselbständigkeit im Alltag | <input type="checkbox"/> Kognitive Therapie | |
| <input type="checkbox"/> i.R. IV-Abklärung | | |
| <input type="checkbox"/> Früherfassung | | |
| <input type="checkbox"/> Berufliche Massnahme | | |
| <input type="checkbox"/> Rentenrevision | | |
| <input type="checkbox"/> Rentenprüfung | | |
| <input type="checkbox"/> Andere Gründe: _____ | | |

Genauere Angaben

Liegt eine Gehbehinderung vor? Ja Nein

Fragestellung

Sonstige Diagnosen

Aktuelle Medikation

Bereits durchgeführte Untersuchungen (Resultate und Bilder bitte beilegen)

- Labor CT-Schädel MRT-Schädel EEG EKG
 FDG-PET Andere: _____

Kognitive Screening-Untersuchung

- MMS= _____ /30 Punkte MoCA= _____ /30 Punkte

Die Zuweisende Stelle (Arzt/ Ärztin)

Name _____
Fachgebiet _____
Adresse _____
PLZ/ Ort _____
Tel. G. _____
Email _____

Datum:

Unterschrift: