

# Anmeldung zur neuropsychologischen Abklärung

## Patient/in

Name/Vorname  
Strasse/Nr.  
PLZ/Ort  
Telefon

m  w  
Geburtsdatum  
Zivilstand  
Beruf

Versicherung/Krankenkasse

---

## Bezugsperson

Name/Vorname  
Strasse/Nr.  
PLZ/Ort  
Telefon

m  w  
Geburtsdatum

## Korrespondenz über Bezugsperson

ja  nein

---

## Zuweisungsgrund

- Gedächtnisstörung
- Orientierungsschwierigkeiten
- Unselbständigkeit im Alltag
- Andere Probleme

- Verwirrtheit
- Sprachstörung
- Persönlichkeitsveränderung

## Genauere Angaben

.....

## Fragestellung

.....

## Diagnosen

.....

Diabetes 1 oder 2       ja       nein

## Medikamente

.....  
.....  
.....

## Bereits durchgeführte Untersuchungen

Labor     CT     MRI     EEG     SPECT/PET

Wir bitten Sie, relevante Befunde/Berichte der Anmeldung beizulegen.

Name und Praxisadresse der zuweisenden Person

.....

Ort/Datum

Unterschrift

.....

*Anmeldung bitte per Mail, Fax oder auf dem Postweg zustellen.*