



## **Ärztliche Anmeldung**

### **Zuweisung zur Fortsetzung der Gruppentherapie**

- Wöchentliches Gedächtnistraining bei MCI
- Wöchentliches Gedächtnistraining bei Demenz
- Gesprächsgruppe bei beginnender Demenz

#### **Patient\*in**

Name: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Stempel Ärzt\*in)