



Ärztliche Anmeldung

Für eine interdisziplinäre Abklärung von Hirnleistungsstörungen und Demenzerkrankungen

Patient*in

Name: _____ Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon/Mobil: _____ Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____ Versicherungsnr.: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Ist eine Untersuchung in deutscher Sprache möglich? ja nein
Übersetzungskosten werden nicht von der Krankenversicherung übernommen.

Begleitperson

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon/Mobil: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Die*der Patient*in wird zu folgenden Untersuchungsterminen eingeladen:

1. Besprechung von Veränderungen, Problemen im Alltag mit Patient*in und Begleitperson
Ausführliches Labor mit demenzspezifischen Parametern
2. Ärztliche Untersuchung
MRT Schädel
3. Neuropsychologische Testung

Nach der internen Diagnosekonferenz bitten wir die*den Patientin*Patienten und die Begleitperson zu einem abschliessenden Beratungsgespräch.





Bisherige Diagnosen

Detaillierte Fragestellung (medizinisch, neuropsychologisch, sozial)

Symptomatik

- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> Unselbstständigkeit im Alltag |
| <input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeit | <input type="checkbox"/> Episoden von Verwirrtheit |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung |

Bisheriger Verlauf

Hauptsächliche Probleme im Alltag

Medikation

Bitte legen Sie **Berichtskopien** von früheren Hospitalisationen und Abklärungen sowie von neuroradiologischen Bildgebungen (inkl. CD) bei.

Sollten Sie bereits vorgängig ein **MRT** veranlassen, bitten wir Sie, Ihre*Ihren Patientin*Patienten in eine Institution mit spezialisierter Neuroradiologie zu überweisen.

Im Rahmen der Abklärung in der Memory Clinic wird eine **Laboruntersuchung** mit demenzspezifischen Parametern erhoben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Stempel Ärzt*in)