



## **Ärztliche Anmeldung**

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

Wöchentliches Gedächtnistraining bei MCI

Wöchentliches Gedächtnistraining bei Demenz

Gesprächsgruppe bei beginnender Demenz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Stempel Ärzt\*in)

