



Ärztliche Anmeldung

für eine interdisziplinäre Abklärung von Hirnleistungsstörungen und Demenzerkrankungen

Patientin / Patient

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ 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 _____ Verwandtschaftsgrad _____

Die Patientin/der Patient 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 Patientin/den Patienten und ihre/seine Begleitung 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 Patientin/Ihren 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 _____

Stempel Ärztin / Arzt

Unterschrift _____