



Ärztliche Anmeldung

Erstzuweisung zur Gruppentherapie

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

Patientin / Patient

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnr. _____
Strasse _____ PLZ, Ort _____

Um die Einteilung in eine geeignete Gruppe gewährleisten zu können, möchten wir die Patientin / den Patient zusammen mit einer ihr/ihm nahestehenden Person zu einer neuropsychologischen Untersuchung einladen.

Begleitperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Verwandtschaftsgrad _____



Diagnosen

Beilagen

Bitte legen Sie die vollständigen Kopien der bisher erfolgten Abklärungen (medizinisch, neuropsychologisch, gerontologisch) bei.

Aktuelle Medikation

Datum _____

Stempel Ärztin / Arzt

Unterschrift _____