



## Ärztliche Anmeldung für eine Nachkontrolle

### Patientin / Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnr. \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Begleitperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Die Patientin/der Patient wird zusammen mit der Bezugsperson zur Nachkontrolle eingeladen.

In Anschluss an die Untersuchungen bitten wir die Patientin/den Patienten und ihre/seine Begleitung zu einem abschliessenden Beratungsgespräch.



**Erstabklärung am** \_\_\_\_\_

**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    |

**Verlauf seit Erstabklärung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Probleme im Alltag**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikation**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte legen Sie **Berichtskopien** von **zwischenzeitlich** erfolgten Hospitalisationen, Abklärungen und neuroradiologischer Bildgebung (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.

Falls nötig, wird erneut eine **Laboruntersuchung** mit demenzspezifischen Parametern erhoben.

Datum \_\_\_\_\_

Stempel Ärztin / Arzt

Unterschrift \_\_\_\_\_