

ANMELDUNG

Patientin / Patient

Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name:	Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:	Hausarzt:
PLZ, Ort:	Krankenkasse:
	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat
Nächste Bezugsperson:	
Termin vereinbaren über:	
Telefon Terminvereinbarung:	
Dolmetscher notwendig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache:

Zuweiserin / Zuweiser

Praxis:	Strasse:
Vorname:	PLZ, Ort:
Name:	Telefon:

Fragestellung

Diagnoseliste (komplett)

Aktuelle Medikation

Vorbefunde (MOCA, DemTect, MMS / Labor), bitte beilegen

Vorberichte (Bitte vorhandene Berichte mitschicken: insbesondere psychiatrisch, neuropsychologisch, neurologisch)

Sozialanamnese

Ist die Patientin / der Patient noch berufstätig? ja nein Wenn ja, welchen Beruf:

Fährt die Patientin / der Patient noch Auto? ja nein

Radiologische Untersuchung

Vorhanden? ja nein Wenn ja, durchgeführt bei:

Bitte senden Sie dieses Formular und vorhandene Berichte (ggf. auch Medikamentenlisten und Vorbefunde) per E-Mail an memoryclinic@ksw.ch. Vielen Dank.