

ANMELDUNG

Patientin / Patient

Vorname: Geschlecht: weiblich männlich
Name: Geburtsdatum:
Strasse, Nr.: Hausarzt:
PLZ, Ort: Krankenkasse:
 Allgemein Halbprivat Privat

Nächste Bezugsperson:
Termin vereinbaren über:
Telefon Terminvereinbarung:
Dolmetscher notwendig: ja 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.