**Anmeldung Memory Clinic BSS**

#### Patient:in

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname, Geschlecht [ ] m [ ] w | | Geburtsdatum | Arbeitssituation  [ ] AHV-Rente [ ] IV-Rente  [ ] Arbeitsunfähig seit  [ ] Berufstätig als |
| Strasse, Nr., Ort | | Telefon |
| Wohnsituation  Familienstand | [ ] alleine lebend [ ] nicht-alleine lebend  [ ] ledig [ ] verheiratet [ ] geschieden [ ] verwitwet  [ ] Mobilität: fährt Auto | | |

**Angehörige bzw. Bezugs- und/oder Kontaktperson (bitte unbedingt ausfüllen)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Verwandtschaftsverhältnis zu Patient:in | Telefon |

**Hausarzt:in (falls nicht Zuweiser:in identisch)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name | Strasse, Nr., Ort | Telefon |
| Krankenkasse und Versicherungsnummer | | |
| Fragestellung | | |
| Diagnosen | | |
| Medikamente und Dosierung | | |
| Bemerkungen | | |

**Hinweise**

1. Falls vorhanden bitte unbedingt die folgenden Vorbefunde beilegen:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Berichte über Erkrankungen und Behandlungen  [ ] Laborbefunde  [ ] Bildgebung des Gehirns (Befunde und Originalbilder) | [ ] neuropsychologische Untersuchungen  [] sonstige Spezialuntersuchungen, z.B. EEG |

1. Bitte unbedingt darauf hinweisen, dass der Patient, wenn irgend möglich, von einem Angehörigen zur Untersuchung begleitet werden und seine Lesebrille (falls erforderlich) und sein Hörgerät (falls erforderlich) mitbringen sollte.

Datum, Stempel, Unterschrift des Zuweisenden