**Anmeldung zur Untersuchung in der Memory Clinic**

#### Patient

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten | Telefon |

**Hausarzt (falls nicht mit dem zuweisenden Arzt 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