

## Anmeldung zur Abklärung von Hirnleistungsstörungen

**Patient/In:** Name: ..... Vorname: .....

Geb.-Datum: .....

Adresse: ..... PLZ/Ort: .....

Tel.-Nr.: .....

**Bezugsperson:** Name: ..... Vorname: .....

Adresse: ..... PLZ/Ort: .....

Tel.-Nr. P: ..... G: .....

### Gründe der Zuweisung:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung                    | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung    |
| <input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten         | <input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen           |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen                      | <input type="checkbox"/> Überforderung der Betreuenden |
| <input type="checkbox"/> Unselbständigkeit im täglichen Leben | <input type="checkbox"/> Andere Schwierigkeiten        |

### Genauere Angaben:

.....  
.....  
.....

### Fragestellung:

.....  
.....

### Sonstige Diagnosen:

.....  
.....  
.....

### Medikamente:

.....  
.....  
.....

Wir bitten Sie, diesbezüglich relevante Befunde wie Labor, CT, MRI, EEG oder SPECT resp. Berichte der Überweisung beizulegen und an die obgenannte Adresse zu senden oder zu faxen.

Bilder bitte zur Ansicht mitgeben!

Die Sprechstunden finden jeweils am Montagnachmittag nach Vereinbarung statt.

Datum: ..... Stempel und Unterschrift: .....