

Anmeldung zur Abklärung von Hirnleistungsstörungen

Betrifft: Name / Vorname:
Geb. Datum:
Beruf:
Adresse:
Tel.:
Zivilstand:

Versicherung / Krankenkasse:

Korrespondenz an Adresse der Bezugsperson: ja nein

Bezugsperson: Name / Vorname:
Geb. Datum:
Adresse:
Tel.:

Grund der Zuweisung

- Gedächtnisstörung Unselbständigkeit im Alltag Verwirrtheit
 Orientierungsschwierigkeiten Persönlichkeitsveränderungen Sprachstörungen
 Andere Schwierigkeiten:

Genauere Angaben:

Fragestellung:

- Angehörigenberatung erwünscht

Sonstige Diagnosen

Medikamente

Diabetes I oder II: ja nein

Bereits durchgeführte Untersuchungen

- Labor CT MRI EEG SPECT /PET

Wir bitten Sie, relevante Befunde bzw. Berichte der Überweisung beizulegen und an die Memory Clinic zu senden oder zu faxen (memoryclinic@fps-basel.ch / Fax +41 61 326 47 61).

Datum:

Stempel und Unterschrift: