

## 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: