

## Anmeldung zur Abklärung von Hirnleistungsstörungen

### Betrifft

Name \_\_\_\_\_ m w  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Versicherung/Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Korrespondenz an Adresse der Bezugsperson** ja nein

### Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ m w  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Grund der Zuweisung

Gedächtnisstörung	Unselbständigkeit im Alltag	Verwirrtheit
Orientierungsschwierigkeiten	Persönlichkeitsveränderungen	Sprachstörungen
Andere Schwierigkeiten		

### Genauere Angaben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Fragestellung

\_\_\_\_\_

Angehörigenberatung erwünscht

### Sonstige Diagnosen

Diabetes I oder II ja nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medikamente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bereits durchgeführte Untersuchungen

Labor CT MRI EEG SPECT/PET

Wir bitten Sie, relevante Befunde bzw. Berichte der Überweisung beizulegen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an die Memory Clinic senden**