



Ärztliche Anmeldung

Erstzuweisung zur Gruppentherapie

- Wöchentliches Gedächtnistraining bei MCI
- Wöchentliches Gedächtnistraining bei Demenz
- Gesprächsgruppe bei beginnender Demenz

Patient*in

Name: _____ Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon/Mobil: _____ Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____ Versicherungsnr.: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Um die Einteilung in eine geeignete Gruppe gewährleisten zu können, möchten wir die*den Patientin*Patienten zusammen mit einer ihr*ihm nahestehenden Person zu einer neuropsychologischen Untersuchung einladen.

Begleitperson

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon/Mobil: _____ Verwandtschaftsgrad: _____



Diagnosen

Beilagen

Bitte legen Sie die vollständigen Kopien der bisher erfolgten Abklärungen (medizinisch, neuropsychologisch, gerontologisch) bei.

Aktuelle Medikation

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Stempel Ärzt*in)