

# Anmeldeformular

Zuweisung zur neuropsychologischen Untersuchung

## Patient/in

Name

---

E-Mail

---

Vorname

---

Versicherung/Krankenkasse

---

m

w

Garant

Krankheit

Unfall

Geburtsdatum

---

Invalidität

Selbstzahler

Strasse/Nr.

---

Zivilstand

---

PLZ/Ort

---

Beruf

---

Telefon

---

Muttersprache (falls nicht Deutsch)

---

## Auftrag / Abklärungsinhalte

Allgemeine Abklärung der kognitiven Funktionen

Demenzdiagnostik, Abklärung bei Verdacht auf Mild cognitive Impairment

Abklärung des Intelligenzniveaus (inkl. Bestimmung des IQ)

Abklärung bei Verdacht auf Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS)

Abklärung bei Verdacht auf Legasthenie oder Dyskalkulie (16–20 J.: Kostengutsprache AJB, >20 J.: Selbstzahlerleistung)

Fahreignungsabklärung

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

Untersuchung in italienischer Sprache

Andere

---

**Zuweisender Arzt/Ärztin**

(Institution/Praxis/Name/Adresse/Tel./E-Mail)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Zusätzliche Angaben zur Anmeldung**

Vordiagnosen oder relevante Informationen

Bereits durchgeführte Untersuchungen

Labor

CT Schädel

MRI Schädel

EEG

SPECT/PET

Bitte legen Sie wenn möglich relevante medizinische, psychiatrische und (neuro-) psychologische Vorberichte sowie ausführliche/aktuelle Medikamenten- und Diagnoseliste bei.

**Vielen Dank!**