

# Anmeldeformular

Zuweisung zur neuropsychologischen Untersuchung

## Patient/in

Name

---

Vorname

---

E-Mail

---

m

w

Geburtsdatum

---

Garant

Krankheit

Unfall

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

---

## Fragestellung/Zuweisungsgrund

## 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!**