**Ärztliche Anordnung zur diagnostischen Neuropsychologie**

**Zuweisung an folgende neuropsychologische Fachperson/Praxis**

Name / Praxis / Institution:

Adresse:

|  |  |
| --- | --- |
| Patient/in  Name:  Vorname:  Geburtsdatum:  Geschlecht:󠄀 󠄀󠄀 w 󠄀 󠄀󠄀 m 󠄀󠄀 d  Beruf:  Strasse:  PLZ / Ort:  Telefon:  E-Mail:  Krankenkasse:  Versichertennummer:  AHV-Nummer:  Falls Dolmetscher notwendig, Sprache:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Begleitperson (falls nötig)  Anrede:  Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ / Ort:  Telefon:  E-Mail:  Beziehung zu Patient/in:  Kostenträger nach:  󠄀 KVG gem. Art. 11a KLV  󠄀 IVG 󠄀 󠄀󠄀 UVG 󠄀 󠄀󠄀 MVG  Gegebenenfalls Schaden-/Verfügungsnummer:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Ärztliche Anordnung**

󠄀 Ich bitte um diagnostische Neuropsychologie bei Verdacht auf Hirnleistungsstörungen, resp. um eine Verlaufsbeurteilung.

**Zuweisende/r Arzt/Ärztin**

Anrede:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon für Rückfragen:

HIN-Mailadresse:

ZSR:

GLN:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bemerkung:   
Bitte falls vorhanden und für die diagnostische Neuropsychologie hilfreich, separat (d.h. ausserhalb der ärztlichen Anordnung) zusenden: Angaben / Unterlagen zur (Verdachts-) Diagnose und bereits vorliegende Befunde / Berichte inkl. Diagnose- und Medikamentenliste. Vielen Dank!