**Ärztliche Anordnung zur diagnostischen Neuropsychologie**

**Zuweisung an folgende neuropsychologische Fachperson/Praxis**

Name / Praxis / Institution:

Adresse:

|  |  |
| --- | --- |
| Patient/inName: Vorname: Geburtsdatum: Geschlecht:󠄀 󠄀󠄀 w 󠄀 󠄀󠄀 m 󠄀󠄀 dBeruf: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 KLV󠄀 IVG 󠄀 󠄀󠄀 UVG 󠄀 󠄀󠄀 MVGGegebenenfalls 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!