



Ärztliche Anmeldung für eine Nachkontrolle

Patient*in

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Begleitperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Die*der Patient*in wird zusammen mit der Bezugsperson zur Nachkontrolle eingeladen.

Im Anschluss an die Untersuchungen bitten wir die*den Patientin*Patienten und die Begleitperson zu einem abschliessenden Beratungsgespräch.



Erstabklärung am _____

Diagnosen

Detaillierte Fragestellung (medizinisch, neuropsychologisch, sozial)

Symptomatik

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> Unselbstständigkeit im Alltag |
| <input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeit | <input type="checkbox"/> Episoden von Verwirrtheit |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung |

Verlauf seit Erstabklärung

Aktuelle Probleme im Alltag

Medikation

Bitte legen Sie **Berichtskopien** von **zwischenzeitlich** erfolgten Hospitalisationen und Abklärungen und neuroradiologischen Bildgebungen (inkl. CD) bei.

Sollten Sie bereits vorgängig ein **MRT** veranlassen, bitten wir sie, Ihre*Ihren Patientin*Patienten in eine Institution mit spezialisierter Neuroradiologie zu überweisen.

Falls nötig, wird erneut eine **Laboruntersuchung** mit demenzspezifischen Parametern erhoben.

Datum: _____

Stempel Ärzt*in

Unterschrift: _____

