

Anmeldung Alterspsychiatrie und -psychotherapie

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____
Strasse: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____
Krankenkasse: _____ Kartennr. (20-stellig) _____

Nächste Bezugsperson

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____
Beziehung: Partner Tochter / Sohn Geschwister Andere: _____

Korrespondenz an diese Bezugsperson erwünscht: ja nein

Anmeldung zur ambulanten Abklärung von Hirnleistungsstörungen in der Gedächtnisambulanz

Die Patientin / der Patient wird zusammen mit einer Bezugsperson zu folgenden Terminen eingeladen:

- Ärztliche Untersuchung und Fremdanamnese
- Neuropsychologische Untersuchung und Verhaltensbeobachtung
- Medizinische Untersuchungen (in der Regel MRI, Labor, EKG)
- Abschliessendes Beratungsgespräch nach Vereinbarung

Anmeldung zur alterspsychiatrischen / - psychotherapeutischen Abklärung und Therapie

Grund der Zuweisung (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Abhängigkeitsproblematik |
| <input type="checkbox"/> Orientierungsstörung | <input type="checkbox"/> Depression / Angst |
| <input type="checkbox"/> Unselbständigkeit im Alltag | <input type="checkbox"/> Psychose |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Problematik |
| <input type="checkbox"/> Beratungsgespräch (auch für Angehörige) | |

Genauere Angaben und Fragestellungen

vergleiche Zuweisungsschreiben (bitte somatische Begleiterkrankungen angeben)

Vordiagnosen

Medikation

Bereits im Vorfeld durchgeführte Untersuchungen

- Labor EKG CT MRI EEG SPECT / PET
 frühere psychiatrische Behandlungen, Abklärungen

Wir bitten Sie, relevante Befunde bzw. Berichte der Anmeldung beizulegen bzw. uns per Post, Mail oder Fax zukommen zu lassen.

Zuweiserin / Zuweiser:

Titel, Name, Vorname: _____
Institution: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____