**Zuweisungsformular Ambulante Alterspsychiatrie / -psychotherapie**

Ambulante neuropsychologische Diagnostik Frauenfeld

**Patientin / Patient** (gesetzlicher Wohnsitz)

Name       Geschlecht  weiblich  männlich

Vorname       Telefon

Strasse / Nr.       E-Mail

PLZ / Ort       Nationalität

Geburtsdatum       Krankenkasse

GesetzlicherVertreter/in(falls vorhanden) oder nächste Bezugsperson

Sorgeberechtige/r  Beistand/Beiständin  Bezugsperson, nämlich

Name       Adresse

Vorname       Telefon

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

Name       Institution

Vorname       Telefon

Strasse / Nr.       E-Mail

PLZ / Ort       ZSR-Nr.

EAN-Nr.

**Fragestellung / Grund der Zuweisung (Bitte nur 1 Kreuz setzen)**

Ambulante Alterspsychiatrie / -psychotherapie

Neuropsychologische Abklärung der kognitiven Funktionen

Neuropsychologische Abklärung des Intelligenzniveaus ohne zusätzliche kognitive Testung

Neuropsychologische Abklärung des Intelligenzniveaus mit zusätzlicher kognitiver Testung

Neuropsychologische Abklärung bei Verdacht auf ADHS / ADS (im Erwachsenenalter)

Neuropsychologische Abklärung bei Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störung (im Erwachsenenalter)

**\***Demenzabklärung (Gedächtnissprechstunde bzw. Memory-Clinic) 🡪 Seite 2

**\*Für die Demenzabklärung braucht es relevante Vorbefunde   
 (vorhandene ankreuzen und Befunde beilegen)**

Bildgebende Untersuchungen des Gehirns  Labor  EKG

(bevorzugt MRT) Diff.-Blutbild

Elektrolyte (Na, K, Ca korrigiert)

Glukose; HbA1c

Lipidstatus

TSH

Ferritin

CRP

GOT, GPT, Gamma-GT

Kreatinin

Harnstoff

Vitamin B12 oder Holotranscobalamin

**Weitere für die neuropsychologische Untersuchung relevante Vorbefunde**

Neuropsychologische / psychodiagnostische Vorbefunde

Frühere psychiatrische Behandlungen

Vorbefunde aus der Kindheit (Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Schulpsychologie etc.)

**Diagnose(n) nach ICD-10**

**Medikamente**

Aktuelle Medikation bzw. aktuelle Medikationsliste beilegen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentenname** | **Dosierung** | **morgens** | **mittags** | **abends** | **nachts** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Anamnese**

Ort / Datum Stempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte an:

**per Post: Clienia Littenheid AG** Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 ZIP Zentraler Infopoint Psychiatrie  
 Dorfstrasse 1  
 9573 Littenheid

oder

**per E-Mail:** [zip@clienia.ch](mailto:zip@clienia.ch)

oder

**per Fax:** 071 929 60 31