



Ärztliche Anmeldung

Für eine interprofessionelle Demenzdiagnostik bei Verdacht auf MC / Demenzerkrankungen

Patient*in

Name: _____ Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon/Mobil: _____ Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____ Versicherungsnr.: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Ist eine Untersuchung in deutscher Sprache möglich? ja nein
Übersetzungskosten werden nicht von der Krankenversicherung übernommen.

Begleitperson

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon/Mobil: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Die*der Patient*in wird zu folgenden Untersuchungsterminen eingeladen:

1. Besprechung von Veränderungen, Problemen im Alltag mit Patient*in und Begleitperson
Ausführliches Labor mit demenzspezifischen Parametern
2. Ärztliche Untersuchung
MRT Schädel
3. Neuropsychologische Testung

Nach der internen Diagnosekonferenz bieten wir die Patientin bzw. den Patienten und die Begleitperson zu einem abschliessenden Beratungsgespräch auf.





Bisherige 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 |

Bisheriger Verlauf

Hauptsächliche Probleme im Alltag

Medikation

Bitte legen Sie **Berichtskopien** von früheren Hospitalisationen und Abklärungen sowie von 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.

Im Rahmen der Abklärung in der Memory Clinic wird eine **Laboruntersuchung** mit demenzspezifischen Parametern erhoben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Stempel Ärztin/Arzt)