

Angaben Patient

| | | | |
|---------------------|---|---|--|
| Name / Vorname | | Geb.-Datum | |
| Strasse / PLZ / Ort | | | |
| E-Mail | | Tel. | |
| Wohnsituation | <input type="checkbox"/> alleine lebend | <input type="checkbox"/> nicht alleine lebend | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |
| Krankenkasse | | Vers.-Nr. | |

Angaben nächste Angehörige / Bezugsperson

| | |
|---------------------|------|
| Name / Vorname | |
| Verwandtschaftsgrad | |
| Strasse / PLZ / Ort | |
| E-Mail | Tel. |

Angaben Zuweiser / Hausarzt

| | |
|-------------------------|---------------------|
| Arzt | |
| Praxis-Adresse | |
| Tel. | E-Mail |
| Klinik; Station; Zimmer | Zuständiger Arzt |
| Hausarzt | |

Hinweis

Bitte darauf hinweisen, dass Patient von einem Angehörigen / Bezugsperson zur Untersuchung begleitet wird und seine persönlichen notwendigen Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Gehhilfen) mitbringen soll.

Angaben für Memory-Sprechstunde

| | |
|----------------------------|---------------|
| Diagnose(n) | |
| Medikamente / Dosierung | |
| Fragestellung | Dringlichkeit |
| Hauptanliegen Patient | |

Hinweise

Falls vorhanden, bitte folgende Vorbefunde beifügen:

- aktuelle Laborwerte
- Bildgebungen Schädel
- bereits stattgefundenene neuropsychologische Testungen