



Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular an die E-Mailadresse:
neuropsychologie.pdt@stgag.ch

Anmeldung zur Neuropsychologischen Untersuchung

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon:
Strasse	Natel:
PLZ / Ort	
Krankenkasse	

Grund der Zuweisung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Konzentrations-/Gedächtnisstörungen | <input type="checkbox"/> ADHS/ADS-Abklärung |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Lese-Rechtsschreibstörung |
| <input type="checkbox"/> Andere kognitive Störungen | <input type="checkbox"/> Schulische Probleme/Intelligenzabklärung |

Zuweiser

Name	Tel.
Adresse	

Datum:

Hauptsächliche Probleme im Alltag

Bisheriger Verlauf

Bisherige Diagnosen/Vorbefunde (Labor, Neurologie, EKG)

Medikationsplan (bitte beilegen)

Detaillierte Fragestellung & Bemerkungen

Bitte weitere Befunde von externen Kliniken beilegen.