

Ärztliche Anordnung für Neuropsychologie

Patient/in

Name:

Vorname:

Geschlecht: w m d

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Garant:

KVG gem. Art. 11a KLV

Versichertennummer:

UVG IVG MVG

Gegebenenfalls Schaden-/Verfügungsnummer:

Ärztliche Anordnung

- Ich bitte um:
- Diagnostische Neuropsychologie bei Vd.a. Hirnleistungsstörung
 - Diagnostische Neuropsychologie als Verlaufsbeurteilung
 - Neuropsychologische Therapie (erfordert eine Kostengutsprache)

Zuweisende/r Arzt/Ärztin (Stempel)

Name, Vorname:

FMH:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon für Rückfragen:

HIN-Mailadresse:

ZSR:

GLN:

Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie die ärztliche Anordnung wie auch relevante Vorberichte / Unterlagen an
sigrid.rutishauser@fsp-hin.ch

Vielen Dank für Ihre Zuweisung!

Medizinische Angaben zur Anmeldung

Diagnosen

Fragestellung

Neuropsychologische Untersuchung mit der Bitte um

- Abklärung allgemeiner kognitiver Funktionen
- Erstellung des allgemeinen Intelligenzniveaus
- Demenzdiagnostik, Verdacht auf leichte kognitive Störung
- Abklärung der Fahreignung (Selbstzahlerleistung)
- Abklärung bei Vd.a. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

- Andere Fragestellung:

Weitere wichtige Mitteilungen