



**PsychiatrieSpitälerfmiAG** Thomas Ihde, PsychiatrieLeitung  
psychiatrie@spitalfmi.ch Sabrina Müller, PsychiatrieLeitung  
Tim Niemeyer, PsychiatrieLeitung

**PsychiatrieAlter/Konsilien** Thomas Kaufmann, Angebotsleitung  
Weissenausstrasse 27  
3800 Unterseen  
Telefon 033 8265 23 21

## Anmeldung zur neuropsychologischen Untersuchung/ Abklärung von Hirnleistungsstörungen/ Demenzabklärung

### Patient/in

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/ Ort	_____
Tel. privat	_____	Tel. G.	_____
Geb.dat.	_____	Zivilstand	_____
Krankenkasse	_____	Vers.-Nr.	_____

### Bezugsperson (insb. bei Demenzabklärungen wichtig)

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/ Ort	_____
Tel. privat	_____	Tel. G.	_____

### Grund der Zuweisung

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung            | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung       | <input type="checkbox"/> Sprachstörung |
| <input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderungen | <input type="checkbox"/> Fahreignung   |
| <input type="checkbox"/> Unselbständigkeit im Alltag  | <input type="checkbox"/> Kognitive Therapie           |  |
| <input type="checkbox"/> i.R. IV-Abklärung            |   |  |
| <input type="checkbox"/> Früherfassung                |   |  |
| <input type="checkbox"/> Berufliche Massnahme         |   |  |
| <input type="checkbox"/> Rentenrevision               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Rentenprüfung                |   |  |
| <input type="checkbox"/> Andere Gründe: _____         |   |  |

### Genauere Angaben

Liegt eine Gehbehinderung vor?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Fragestellung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**PsychiatrieSpitälerfmiAG** Thomas Ihde, PsychiatrieLeitung  
psychiatrie@spitalfmi.ch Sabrina Müller, PsychiatrieLeitung  
Tim Niemeyer, PsychiatrieLeitung

**PsychiatrieAlter/Konsilien** Thomas Kaufmann, Angebotsleitung  
Weissenausstrasse 27  
3800 Unterseen  
Telefon 033 8265 23 21

**Sonstige Diagnosen**

**Aktuelle Medikation**


**Bereits durchgeführte Untersuchungen (Resultate und Bilder bitte beilegen)**

- Labor       CT-Schädel       MRT-Schädel       EEG       EKG  
 FDG-PET       Andere: \_\_\_\_\_

**Kognitive Screening-Untersuchung**

- MMS= \_\_\_\_\_ /30 Punkte       MoCA= \_\_\_\_\_ /30 Punkte

**Die Zuweisende Stelle (Arzt/ Ärztin)**

Name \_\_\_\_\_  
Fachgebiet \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort \_\_\_\_\_  
Tel. G. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**Datum:**

**Unterschrift:**