

## Ärztliche Anordnung zur diagnostischen Neuropsychologie

\* Pflichtfelder

### Patient/in

Name\*

Vorname\*

Geburtsdatum\*

Geschlecht\*

w  m  d

Sprache\*

Strasse\*

PLZ/Ort\*

Telefon\*

E-Mail\*

Krankenkasse\*/Kartennr.

Kostenträger nach:

KVG gem. Art. 11a KLV  IVG  MVG

UVG – Unfalldatum und Schaden- oder Verfügungsnr.:

### Ärztliche Anordnung

Diagnostische Neuropsychologie bei Verdacht auf Hirnleistungsstörung

Verlaufsbeurteilung

### Zuweisende/r Arzt/Ärztin

Titel, FMH

Name\*

Vorname\*

Adresse\*

E-Mail\*

GLN\*

Datum\*

Unterschrift\*, Stempel

Hinweis: Bitte, falls vorhanden, separat zusenden: Angaben / Unterlagen zur (Verdachts-) Diagnose und bereits vorliegende Befunde / Berichte inkl. Diagnose- und Medikamentenliste. Vielen Dank!

## Medizinische Angaben\*\*

### Vorbestehende Diagnosen (ICD-10)

### Zuweisungsgrund / Fragestellung

### Aktuelle Medikation

Medikamentenname	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

### Weiteres

\*\*Diese Angaben werden der Krankenkasse nicht übermittelt.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an [praxis-calamus@hin.ch](mailto:praxis-calamus@hin.ch).