

ANMELDEFORMULAR

Neuropsychologische Untersuchung/Therapie

Patient/in, Versicherte/r

Name, Vorname _____

Geschlecht m w Geburtsdatum _____Muttersprache _____ Dolmetscher ja nein

Strasse, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Krankenkasse/Vers. Nr. _____

Diagnose(n) _____

Zuweiser

Praxis, Name _____

Auftrag

- Allgemeine Abklärung der kognitiven Funktionen
- Abklärung bei Verdacht auf eine Demenz oder auf eine Mild Cognitive Impairment
- Abklärung bei Verdacht auf eine hyperkinetische Störung (ADS, ADHS etc.)
- Abklärung bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung
- Abklärung des Intelligenzniveaus (Bestimmung des IQ)
- Abklärung bei Verdacht auf Legasthenie oder Dyskalkulie
- Fahreignungsabklärung
- Symptomvalidierung (bei Verdacht auf eine Aggravation oder Simulation)
- Andere Fragestellung _____

 Neuropsychologische Therapie: Einzel-Therapie Gruppen-Therapie

Datum/Stempel/Unterschrift _____