

## Ärztliche Anordnung zur diagnostischen Neuropsychologie

\*Pflichtfelder

Neuropsychologe / Krankenhaus / Organisation\*

Name / Praxis / Institution\*

Adresse

Patient/in

Name / Vorname\*

Geburtsdatum \*

Geschlecht\* ☐ w ☐ m ☐ d

Sprache\*

Straße\*

PLZ/Ort\*

Telefon\*

E-mail

Krankenkasse\*

Versichertenr.\*

Begleitperson (falls nötig)

Name / Vorname\*

Telefon

E-Mail

Beziehung zu Patient/in

Kostenträger nach:

☐ KVG gem. Art. 11a KLV☐ UVG ☐ IVG ☐ MVGGgf. Schaden- oder  
Verfügungsnr.

Ärztliche Anordnung\*

☐

Diagnostische Neuropsychologie bei Verdacht auf Hirnleistungsstörung

☐

Verlaufsbeurteilung

Zuweisende/r Arzt/Ärztin

Name / Vorname\*

FMH\*

Adresse\*

Telefon\*

sichere E-Mail

ZSR\*

GLN\*

Datum\*:

Unterschrift\* und Stempel:

***Hinweis:** Bitte falls vorhanden und für die diagnostische Neuropsychologie hilfreich, separat (d.h. ausserhalb der ärztlichen Anordnung) zusenden: Angaben / Unterlagen zur (Verdachts-) Diagnose und bereits vorliegende Befunde / Berichte inkl. Diagnose- und Medikamentenliste. Vielen Dank!*