

Anmeldung Memory Clinic memoryclinic@geriatrie-sg.ch / Tel. 071 243 84 20

Personalien

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Telefon privat

Krankenkasse

ambulanter Patient/in	stationärer Patient/in - interne Anmeldung
Terminkoordination mit Kontaktperson	Patient w m

Kontaktperson (nur Ausfüllen bei Terminkoordination über die Kontaktperson)

Name	Vorname
Telefon	Email

Gewünschte Untersuchung

Demenzabklärung Verlaufskontrolle Spezialärztliche Untersuchung Fahreignung
 wurde ein MRI in den letzten 2 Jahren durchgeführt Nein Ja (Bitte Befund mitsenden)

Dolmetscher JA Nein Sprache

Angaben zum Patienten

Diagnose	Nebendiagnose
----------	---------------

Bitte aktuelle Medikamentenliste und Laborwerte mitsenden

Soziale Situation

Psychosoziale Belastungssituation: JA NEIN

Besondere Fragestellung

auftraggebende Arzt/Ärztin

Datum:	Arztpraxis / Name
Wir danken für Ihren Auftrag	Arzt Adresse
	Telefonnr.
	Email

Bitte die Anmeldung mit Klick auf Email-Button senden

Nur durch die Oberärztin / Oberarzt der Memory Clinic auszufüllen Tessiner-Code immer M3

Verordnungen Datum und Name

MRI	JA	Nein
Labor	JA	Nein

Oberarzt/Oberärztin: Bitte die ausgefüllte Anmeldung mit Klick auf Email-Button an die Memory Clinic zurücksenden.

