

# 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

<input type="checkbox"/> Demenzabklärung <input type="checkbox"/> wurde ein MRI in den letzten 2 Jahren durchgeführt	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle	<input type="checkbox"/> Spezialärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Fahreignung <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Befund mitsenden)
<input type="checkbox"/> Dolmetscher JA	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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.

