

Ärztliche Anordnung zur diagnostischen Neuropsychologie

* Pflichtfelder

Institution

Kompetenzzentrum Neuropsychologie
Konradstrasse 15, 5000 Aarau
neurokomp@psychologie.ch

Patient/in

Name *

Vorname*

Geburtsdatum *

Geschlecht* ☐ w ☐ m ☐ d

Sprache*

Strasse*

PLZ/Ort*

Telefon*

E-Mail

Krankenkasse*

Begleitperson (falls nötig)

Name

Vorname

Telefon

E-Mail

Beziehung zu Patient/in

Kostenträger nach

☐ KVG gem. Art. 11a KLV ☐ UVG ☐ IVG ☐ MVG

Ggf. Schaden- oder Verfügungsnr.

Ärztliche Anordnung*

- ☐ Diagnostische Neuropsychologie bei Verdacht auf Hirnleistungsstörung
☐ Verlaufsbeurteilung

Zuweisende/r Arzt/Ärztin

Name*

Vorname*

FMH*

Adresse*

Unterschrift und
Stempel

Telefon

E-Mail* sichere

Datum*

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!