



## Ärztliche Anmeldung

### Erstzuweisung zur Gruppentherapie

- Wöchentliches Gedächtnistraining bei MCI   
Wöchentliches Gedächtnistraining bei Demenz   
Gesprächsgruppe bei beginnender Demenz

#### Patient\*in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Um die Einteilung in eine geeignete Gruppe gewährleisten zu können, möchten wir die\*den Patientin\*Patienten zusammen mit einer ihr\*ihm nahestehenden Person zu einer neuropsychologischen Untersuchung einladen.

#### Begleitperson

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_



## Diagnosen

## Beilagen

Bitte legen Sie die vollständigen Kopien der bisher erfolgten Abklärungen (medizinisch, neuropsychologisch, gerontologisch) bei.

## Aktuelle Medikation

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Stempel Ärzt\*in)