

Anmeldung zur Abklärung
FAX +41 61 265 37 88
MemoryClinic@uhbs.ch
Akutgeriatrie

 Memory Clinic
 Schanzenstrasse 55
 CH-4031 Basel
 Telefon +41 61 265 38 81

Patient/in

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. privat	_____	Tel. G.	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____
Krankenkasse	_____	Vers.-Nr.	_____

Bezugsperson

 Korrespondenz an Adresse der Bezugsperson: ja nein

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. privat	_____	Tel. G.	_____

Grund der Zuweisung:

<input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/> Unselbständigkeit im Alltag	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderungen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen
<input type="checkbox"/> Andere Schwierigkeiten:		

Genauere Angaben:

.....

.....

.....

Fragestellung:

.....

.....

Sonstige Diagnosen:
Medikamente:

Diabetes I oder II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Bereits durchgeführte Untersuchungen:
 Labor CT MRI EEG SPECT

 Bitte unbedingt alle Befunde und Bilder zur Ansicht mitgeben.

Datum:

Stempel:

Unterschrift: