

## Ärztliche Anordnung zur diagnostischen Neuropsychologie

### Patient/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Krankenkasse:

Falls Dolmetscher notwendig, Sprache:

### Begleitperson (falls nötig)

Name:

Vorname:

Telefon:

Beziehung zu Patient/in:

Kostenträger nach:

KVG gem. Art. 11a KLV

IVG      UVG      MVG

Gegebenenfalls Schaden-/Verfügungsnummer:

## Ärztliche Anordnung

### Zuweisende/r Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon für Rückfragen:

HIN-Mailadresse:

Ort, Datum:

Unterschrift:

### Bemerkung:

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!