

Ärztliche Anordnung zur diagnostischen Neuropsychologie

*Pflichtfelder

Neuropsychologe / Krankenhaus / Organisation*

Name / Praxis / Institution*

Adresse

Patient/in

Name / Vorname*

Geburtsdatum *

Geschlecht* w m d

Sprache*

Straße*

PLZ/Ort*

Telefon*

E-mail

Krankenkasse*

Versichertenr.*

Begleitperson (falls nötig)

Name / Vorname*

Telefon

E-Mail

Beziehung zu Patient/in

Kostenträger nach:

 KVG gem. Art. 11a KLV UVG IVG MVGGgf. Schaden- oder
Verfügungsnr.

Ärztliche Anordnung*

 Diagnostische Neuropsychologie bei Verdacht auf Hirnleistungsstörung Verlaufsbeurteilung

Zuweisende/r Arzt/Ärztin

Name / Vorname*

FMH*

Adresse*

Telefon*

sichere E-Mail

ZSR*

GLN*

Datum*:

Unterschrift* und Stempel:

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!



Zusätzliche Angaben zur Anmeldung:

Genauere Fragestellung(en):

Vd. a. kognitive Teilleistungsstörung(en):

(z. B. Wahrnehmungsstörung, Lern- oder Gedächtnisstörung etc.)

Vd. a. umschriebene Entwicklungsstörungen:

(z. B. Lese-/Rechtschreibstörung, Dyskalkulie, Störung der motorischen Funktionen)

Vd. a. allgemeine Entwicklungsstörung/Intelligenzminderung

Vd. a. AD(H)S

Vd. a. GG 404 im Sinne der IV

Vd. a. Verhaltensstörung(en)/emotionale Störung(en) mit Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit

Anderes:

Vorbestehende Diagnose(n):

Aktuelle Therapien inkl. allfälliger Medikation:

Patient*in ist aufgrund eines GG bei der IV angemeldet?

Nein

Ja, Kostengutsprache für das GG

Ja, pender Antrag für das GG

Fanden bereits Abklärungen/Untersuchungen im Zusammenhang mit der obigen Fragestellung statt?

Nein

Ja (bitte Vorberichte beilegen)

Ärztliche Anordnung bitte per Mail oder per Post an: