

## Alterspsychiatrische Spezialsprechstunde für Menschen mit neurokognitiven Störungen

### Betrifft

Name \_\_\_\_\_ m w  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Hausarzt/Ärztin \_\_\_\_\_

**Versichertenstatus**      Krankheit      Unfall      IV      IV beantragt  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

**Bei Fremdsprachigkeit Muttersprache des Patienten/der Patientin**      englisch      französisch      italienisch  
andere \_\_\_\_\_

### Problemstellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wo und wann wurde die Demenz diagnostiziert

Memory Clinic Basel      Hausärztlich  
Memory Clinic KSBL      andere

### Aktuelle Medikation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Termin:**      Findet statt am      bitte aufbieten

Wir bitten Sie, relevante Befunde bzw. Berichte der Überweisung beizulegen und an die Zentrale Diagnostik der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER zu senden oder zu mailen.  
Der Patient/die Patientin wird nach Eingang der Überweisung direkt von uns aufgeboten.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes/Ärztin \_\_\_\_\_

**Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an APSY-Sprechstunde.Demenz@felixplatter.ch senden**