

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