



ANMELDUNG PATIENTEN MEMORY CLINIC SPITAL LINTH

Name, Vorname _____
Strasse _____
PLZ / Wohnort _____
Kostenträger _____

Geburtsdatum _____
Tel. Nr. _____
Natel-Nr. _____

Begleitperson
Name: _____

Tel. Nr. _____

Gewünschte Abklärung (bitte ankreuzen):

- I DEMENZ VERDACHT
oder
 II ANDERE KOGNITIVE FUNKTIONSTÖRUNG

Begleitdiagnosen

Medikamente (inkl. Dosierung)

Im Vorfeld durchführen (falls gewünscht bitte ankreuzen):

- MRI Schädel (wenn bereits vorhanden, bitte Befund/CD-Rom)
 Blutuntersuchung mit Schilddrüsenfunktion, Vitamin B1 und B12
ansonsten bitte um Zusendung der Laborresultate

Datum: _____ Zuweisender Arzt / Zuweisende Ärztin: _____

Herzlichen Dank für die Zuweisung