

Zuweisungsstelle
(Arzt / Ärztin / Praxis)

Ärztliche Verordnung

Neuropsychologische Untersuchung

Vorname / Name PatientIn

Geburtsdatum

Adresse

Krankenkasse

PLZ, Ort

Versicherungsnummer

Tel

Mobile

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit überweise ich Ihnen oben genannten Patienten / genannte Patientin zur neuropsychologischen Untersuchung aufgrund

- Verdacht auf Hirnfunktionsstörung(en)
- Verdacht auf globale Entwicklungsstörung
- Verdacht auf ADS / ADHS
- Verdacht auf eine psychische Erkrankung mit Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit
- Verdacht auf kognitive Teilleistungsstörung(en) (z.B. Wahrnehmungsstörungen / Lern- und Gedächtnisstörungen usw.)
- Verdacht auf Verhaltensstörung(en) / emotionale Störung

Der/die PatientIn hat bereits folgende medizinische Diagnosen

Der/die PatientIn nimmt regelmässig folgende Medikamente ein

Ist der/die PatientIn aufgrund eines GG bei der IV angemeldet?

Der/die PatientIn macht regelmässig folgende Therapien

- Nein
- Ja, für das GG

Haben bereits Abklärungen / Untersuchungen im Zusammenhang mit der obigen Fragestellung stattgefunden?

- Nein
- Ja, Berichte liegen bei
- Ja, aber leider liegen die Berichte nicht vor. Bitte beim Patienten / der Patientin direkt nachfragen.

Danke, dass Sie den Patienten / die Patientin direkt aufbieten und mir einen Untersuchungsbericht zusenden.

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift:

Weitere relevante Angaben zu Ihrem Patienten / zu Ihrer Patientin oder Präzisierung(en) zu obigen Punkten