

Praxis für Neuropsychologie - Dr. Ch. Schäfer
Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP
Sophienstrasse 2
8032 Zürich

Durchführungsort:
Praxis für Neuropädiatrie
Schlossstrasse 24
3098 Köniz

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 Patient hat bereits folgende medizinische Diagnosen

Der Patient nimmt regelmässig folgende Medikamente ein

Ist der Patient aufgrund eines GG bei der IV angemeldet?

Der Patient 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