**Anordnung Neuropsychologie**

**\*Pflichtfelder**

**Patient/in / Versicherte/r Patientenetikette mit diesen Angaben genügt !**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname\* |  |
| Geburtsdatum\* |  |
| Adresse\* |  |
| PLZ/Ort\* |  |
| Telefon\* |  |
| Email |  |

**Art der Untersuchung**\***:**

☐ Diagnostik ☐ Therapie ☐ Konsil ☐Gutachten ☐ Andere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kostenträger**\***:**

☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV/MV ☐ Andere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dolmetscher/in**\***:**

☐ Nein ☐ Ja Sprache\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anordnende/n Ärztin / Arzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Anrede/Titel\* |  |
| Name/Vorname\* |  |
| ZSR oder GLN-Nr.\* |  |
| Adresse\* |  |
| Datum\* |  |
| Unterschrift\* |  |

**Bemerkungen an anordnende/n Ärztin / Arzt:**

* Informationen für Neuropsychologie (Fragestellung, Diagnosen, Befunde, Bildgebung, Labor) bitte separat zustellen.
* Bei Anmeldungen zur neuropsychologischen Therapie muss seitens der Neuropsychologie eine Kostengutsprache bei der zuständigen Versicherung eingeholt werden.