Universitätsklinik für Neurologie
Inselspital

Prof. Dr. med. B. Draganski

Universitätsklinik für Alterspsychiatrie
und Psychotherapie des UPZ

Prof. Dr. med. S. Klöppel

Interdisziplinäre Memory Clinic Bern
Murtenstrasse 21
3008 Bern

Tel. +41 (0)58 630 70 04 / memoryclinic@upd.ch

Anmeldung zur Abklärung

Patient/in

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ/Ort _____
Tel. Mobil _____ Tel. P. _____
Geburtsdatum _____

Bezugsperson *Korrespondenz an Adresse der Bezugsperson* ☐ *ja* ☐ *nein*

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ/Ort _____
Tel. Mobil _____ Tel. P. _____

Grund der Zuweisung (Beschwerden, Alltagsdefizite, zeitliche Entwicklung):

_____

_____

_____

_____

☐ Liegen bereits neuropsychologische Untersuchungsergebnisse vor ➔ **bitte beilegen**
☐ Liegt bereits eine Bildgebung (Schädel) der letzten 6 Monate vor ➔ **bitte beilegen**

*Bitte wenn möglich **alle** Vorbefunde (inkl. neuerlicher Laborbefunde und Diagnoseliste) der Anmeldung beilegen!*

Datum: Stempel / Unterschrift: