

# Antrag auf neuropsychologische Untersuchung

## Demande d'examen neuropsychologique

### Patient -in / Patient -e

Name Nom	Geburtsdatum Date naissance		
Vorname Prénom	Geschlecht Genre	männlich masculin	weiblich féminin
Strasse Rue	Krankenkasse Assurance		
PLZ NPA Lieu	Ort N° d'assuré		
Telefon / Téléphone	Muttersprache Langue maternelle		
Email	Untersuchungssprache Langue examen		

### Zuweisende(r) A(e)rzt(in) / Médecin référant(e)

Praxis  
Cabinet

Titel  
Titre

Name  
Nom

Vorname  
Prénom

Strasse  
Rue

PLZ Ort  
NPA Lieu

Email

Praxis Tel  
Tél cabinet

Direkte Nr.  
Ligne directe

Zuweiser Unterschrift  
Signature médecin référent

Unterschriftsdatum  
Date de la signature

### Verdacht auf / Suspicion de

Fragliche kognitive Defizite als Folge einer Hirnläsion. Art der Läsion und Datum:  
Déficit cognitif consécutif à une lésion cérébrale, laquelle et quand :

Memory Clinic / Demenzabklärung  
Memory Clinic / Troubles neurodégénératifs

Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)  
Déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH)

Erhebung des kognitiven Leistungsprofils aufgrund einer unklaren Diagnose  
Examen du profil des performances cognitives en raison d'un diagnostic peu clair

Beurteilung der Fahreignung  
Evaluation de l'aptitude à conduire

Anderes, bitte ergänzen  
Autre, merci de compléter

## Ziel der Untersuchung / But de l'examen

Diagnosestellung oder Bestätigung einer Diagnose

Aide au diagnostic ou confirmation d'un diagnostic

Anpassung einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung

Adaptation du traitement médicamenteux ou de la psychothérapie

Fragen betreffend der Berufs- oder Ausbildungsfähigkeiten

Questions sur les capacités professionnelles ou de formation

Frage nach der Autonomie im Alltag

Question sur l'autonomie dans la vie quotidienne

Urteilsfähigkeit bezüglich einer Handlung, welche?

Capacités de discernement, spécifier à quel sujet ?

Anderes / Autre

Hat bei dieser Person bereits einmal eine neuropsychologische Untersuchung stattgefunden?      Nein  
Un examen neuropsychologique a-t-il déjà été réalisé chez cette personne ?      Non

Ja  
Oui

*Wenn ja, legen Sie wenn möglich eine Berichtskopie bei.  
Si oui, merci de joindre une copie du rapport d'évaluation.*

Wann  
Quand

Ort  
Lieu

Wurde bereits einmal eine Bildgebung des Gehirns durchgeführt?      Nein  
Est-ce qu'une imagerie cérébrale a déjà été réalisée ?      Non

Ja  
Oui

Wann  
Quand

*Wenn ja, legen Sie wenn möglich eine Berichtskopie bei.  
Si oui, merci de joindre une copie du rapport d'évaluation.*

Ort  
Lieu

## Klinische Angaben / Données cliniques

*oder legen Sie wenn möglich Berichtskopien bei.  
ou merci de joindre une copie de chaque rapport.*

Bestehende Diagnose  
Diagnostic actuel

Aktuelle Medikation  
Médication actuelle

Aktuelle und frühere  
therapeutische Nachsorge  
Suivis thérapeutiques actuels  
et précédents