

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

m w

Name Geschlecht

Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Allg. Geb.-Kl. Sonder Geb.-Kl. Selbstzahler

Klin. Hinweis
bzw. Diagnose

Kostenstellenetikette
hier positionieren
oder Station hier eintragen

**Die Zuweisung
vollständig
ausfüllen und an
-236 66 faxen.**

**Ein Termin wird unsererseits mit der Zuweiserin/
dem Zuweiser telefonisch vereinbart!**

**Bitte beachten Sie, nur vollständig ausgefüllte
Zuweisungen können bearbeitet werden!**

Zuweisung Gedächtnissprechstunde Psychiatrie I

Psychiatrie-Gebäude · Haus 6 · UG 1 · SÜD

Zuweisende Station: _____

Abrufnummer Station: _____

Name ZuweiserIn: _____

Kontaktnummer ZuweiserIn: _____

Gewünschte Untersuchung

- Neuropsychodiagnostik
- Konsiliarische klinisch-psychiatrische Untersuchung (nur für nicht-psychiatrische Abteilungen)

Informationen zur Patientin/ zum Patienten

Fragestellung

Checkliste für Zuweisung

- Bereitschaft der Patientin/ des Patienten zur Abklärung ist gegeben ja nein
- 50 minütige Testung möglich ja nein
(Patientin/ Patient kann 50 Minuten bei einem Tisch sitzen)
- Bei Bedarf Hör- und Sehhilfe vorhanden ja nein

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Aktuelle Indikation für Zuweisung – Betreffende ankreuzen

	Pat. -Wahrnehmung	Außen-Wahrnehmung
Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderungen des Verhaltens und/ oder der Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachprobleme (z.B. Wortfindung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorientierung zu Zeit und/ oder Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisbeeinträchtigung – insbes. Kurzzeitgedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bisherige Diagnostik

Schädel-MRT: (Datum) _____

Neuropsychodiagnostik (Wo? Wann?) _____

Aktuelle Aufnahmediagnose

Psychiatrische Vorerkrankungen

Potentielle Kontraindikationen für eine neuropsychodiagnostische Untersuchung – Betreffende ankreuzen*

- Akute psychotische Symptomatik vorhanden
- Mittel-/ Schwergradige depressive Symptomatik
- V.a. Delir/ Delirante Symptomatik
- Aktuelle, die Kognition beeinträchtigende, Pharmakotherapie
- Aktuelle Entzugssymptomatik

Limitierende Faktoren für eine neuropsychodiagnostische Untersuchung – Betreffende ankreuzen*

- Analphabetismus Bekannte Intelligenzminderung
- Muttersprache NICHT Deutsch – Sprache angeben: _____

Bitte den PatientInnen die Krankengeschichte zur Untersuchung mitgeben und das Blatt mit den Vorinformationen zur Untersuchung aushändigen!

Datum

Stempel + Unterschrift

* Wenn vorhanden, bitte telefonische Rücksprache: Wilhelmer (-827 84), Defrancesco (-820 65)



Vorinformationen für PatientInnen der Gedächtnissprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben einen Termin für eine neuropsychologische Untersuchung an der Gedächtnissprechstunde erhalten. Diese hat zum Ziel, Ihre Leistungsfähigkeit in Bereichen wie z.B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Sprache zu erheben. Diese Untersuchung wird ca. 45 – 60 Minuten dauern.

Dabei gibt Ihnen die Untersucherin/ der Untersucher Aufgaben vor, welche Sie evt. in ähnlicher Form aus Rätselheften kennen. Manchmal ist es erforderlich, besonders genau zu arbeiten, ein Bild zu benennen oder sich an etwas zu erinnern. Die einzelnen Aufgaben werden hauptsächlich mit Bleistift und Papier durchgeführt, einige ggf. am Computer.

Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung werden in Abhängigkeit Ihres Alters und Ihrer Bildung beurteilt. Nach Abschluss des Gesamtbefundes wird Ihre betreuende Ärztin/ Ihr betreuender Arzt die Ergebnisse mit Ihnen besprechen.

Bitte nehmen Sie bei Bedarf Ihr Hörgerät und Ihre Lesebrille mit!

Ihr Termin am: _____

Psychiatrie-Gebäude · Haus 6 · Eingang B Südseite · 1. Untergeschoß (Lift UG1)

