

Ärztliche Verordnung

Neuropsychologische Abklärung

Name Patient/-in:	Vorname Patient/-in:
Geburtsdatum:	Biologisches Geschlecht: w m
Adresse:	Tel.:
PLZ, Ort:	E-Mail:
Krankenkasse:	
Name, Vorname Kindsmutter / Kindsvater:	

Hiermit überweise ich oben genannte(n) Patienten/Patientin zur **neuropsychologischen Abklärung** aufgrund:

- Verdacht auf unklare Hirnfunktionsstörung(en)
- Verdacht auf allgemeine Entwicklungsstörung/Intelligenzminderung
- Verdacht auf ADS / ADHS
- Verdacht auf GG 404
- Verdacht auf umschriebene Entwicklungsstörungen (z.B. der Sprache, schulischer Fertigkeiten, der motorischen Funktionen)
- Verdacht auf kognitive Teilleistungsstörung(en) (z.B. Wahrnehmungsstörungen/Lern- und Gedächtnisstörungen etc.)
- Verdacht auf Verhaltensstörung(en)/emotionale Störung(en) mit Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit
- Anderes:

Der/die Patient/-in hat bereits folgende medizinische Diagnose(n): Der/die Patient/-in macht regelmässig folgende Therapie(n):

Ist der/die Patient/-in aufgrund eines GG bei der IV angemeldet? Der/die Patient/-in nimmt regelmässig folgende(s)
Nein Medikament(e) ein:
Ja, für das GG
Ein Antrag ist pendent

Haben bereits Abklärungen/Untersuchungen im Zusammenhang mit der obigen Fragestellung stattgefunden?

- Nein
- Ja, Berichte liegen bei
- Ja, bitte beim Patienten/der Patientin direkt nachfragen

Danke, dass Sie den Patienten/die Patientin direkt aufbieten und mir einen Abklärungsbericht zukommen lassen.

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift:

Fakultativ

Ergänzende Informationen für die Abklärungsstelle: