
ZUWEISUNG NEUROPSYCHOLOGIE

Patient/in

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse/Nr., PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	
Muttersprache, Nationalität	
Ggfs. Kontaktperson (Angehörige, Eltern bei Minderjährigen, gesetzliche Vertretung etc.)	

Garant

Krankenkasse, IV, Unfallversicherung etc.	
Versicherten-Nr.	

Zuweiser/in (ärztlich)

Name, Vorname	
Strasse/Nr., PLZ/Ort	
Telefon, E-Mail	

Hausarzt / Psychiater / Therapeut (falls nicht identisch mit Zuweiser)

Name, Vorname	
Strasse/Nr., PLZ/Ort	
Telefon, E-Mail	

MEDIZINISCHE ANGABEN

Diagnosen (ICD-10)

Zuweisungsgrund / Aktuelle Situation / Bisherige Behandlung

Befund

Aktuelle Medikation

Medikamentenname	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Besondere Aspekte (z. B. Somatik)

WICHTIG: Bitte senden Sie mir neuropsychologische Vorbefunde, Befunde von zerebralen Bildgebungen (MRI, CT etc.) und weitere relevante Aktenstücke zusammen mit dieser Anmeldung zu, damit ich eine saubere und vollständige Beurteilung liefern kann.

FRAGESTELLUNG / INDIKATION

Abklärungsinhalt(e) und Fragestellung(en)

Allgemeine Abklärung der kognitiven Funktionen
Abklärung bei Verdacht auf eine Demenz oder Mild Cognitive Impairment
Abklärung bei Verdacht auf eine hyperkinetische Störung (ADS, ADHS etc.) Abklärung
bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung (z. B. Asperger-Syndrom)
Abklärung des Intelligenzniveaus (Bestimmung des IQ)
Abklärung bei Verdacht auf Legasthenie oder Dyskalkulie
Fahreignungsabklärung
Symptomvalidierung (bei Verdacht auf eine Aggravation oder Simulation)
Neuropsychologische Therapie mit der Fragestellung:
Andere Fragestellung, nämlich:

Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte an

julia.pokora@hin.ch

oder

neuropokora
lic. phil. Julia Pokora
Schoffelgasse 7
8001 Zürich

Ich informiere gerne über die ungefähre Wartezeit und biete die Patientin / den Patienten baldmöglichst auf.

Vielen Dank für die Zuweisung – auf eine gute Zusammenarbeit!