PRAXIS FÜR NEUROPSYCHOLOGIE
LIC. PHIL. JULIA POKORA

ÄRZTLICHE ANORDNUNG ZUR DIAGNOSTISCHEN NEUROPSYCHOLOGIE

Patient*in

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse/Nr., PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	
Sprache	
Krankenkasse/Versicherung	
Versicherungs-Nr.	

Auftrag

- ☐ Diagnostische Neuropsychologie bei Verdacht auf Hirnleistungsstörung
- ☐ Verlaufsbeurteilung

Zuweiser*in (ärztlich)

Name, Vorname	
FMH	
Strasse/Nr., PLZ/Ort	
Telefon, E-Mail	
ZSR oder GLN	
Datum	
Stempel / Unterschrift	

SCHOFFELGASSE 7, 8001 ZÜRICH
044 545 29 94 / JULIA.POKORA@HIN.CH / WWW.NEUROPOKORA.CH

ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZUR ANMELDUNG

Diagnosen

Fragestellung

WICHTIG: Bitte legen Sie neuropsychologische Vorbefunde, Befunde von zerebralen Bildgebungen (MRI, CT etc.) und weitere relevante Aktenstücke bei. Vielen Dank!

SCHOFFELGASSE 7, 8001 ZÜRICH
044 545 29 94 / 078 210 84 48 / JULIA.POKORA@HIN.CH / WWW.NEUROPOKORA.CH