

**Anmeldung** (durch zuweisende Ärztinnen und Ärzte)

**Personalien Patientin / Patient**

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Schule / Ausbildung / Beruf	<input type="text"/>	Muttersprache	<input type="text"/>

**Versicherungsstatus**

Krankenkasse  Versicherungs.-Nr.

Wir klären die Kostenübernahme mit der Krankenkasse ab.

- Unfallversicherung (bitte die Kostengutsprache mitschicken)
- Invalidenversicherung (bitte die Kostengutsprache mitschicken)

**Indikation**

**Diagnosen / Differenzialdiagnosen**

**Bisherige Therapie**

**Fragestellung / Auftrag**

**Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt**

Praxis / Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

**Anmeldeformular bitte per E-Mail senden an: [neuropsychologie@kliniklengg.ch](mailto:neuropsychologie@kliniklengg.ch)**

Bitte folgende Unterlagen mitsenden:

- Kostengutsprache (falls vorhanden)
- Relevante Vorbefunde

1. Anmeldeformular auf Ihrem PC speichern. | 2. Formular ausfüllen. | 3. E-Mail-Programm öffnen. | 4. Formular und Unterlagen als Anhang hinzufügen.