

Ärztliche Zuweisung neuropsychologische Untersuchung

Formular für zuweisende Ärztinnen und Ärzte - Informationen zuhanden der Krankenkasse

Angaben zur Klientin / zum Klienten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Name der Eltern: _____
(bei Minderjährigen)

Telefon: _____
(bei Minderjährigen, bitte
Telefon der Eltern)

Krankenkasse: _____

Besteht eine IV-Verfügung?
Wenn ja, für welche Position/Gg? _____

Gegebenenfalls bitte Kostengutsprache der IV beilegen, ansonsten vorgängig einholen.

Kurze Fragestellung, Verdachtsdiagnose:

(Anmerkung: diese Informationen gehen mit diesem Formular an die Krankenkasse)

>> **Sensible anamnestische Angaben bitte in separatem Begleitschreiben aufführen, danke.** <<

Datum: _____

Unterschrift / Arztstempel

**Formular und Begleitschreiben per Post oder
über HIN-geschütztes Mail zuber@fsp-hin.ch zustellen**