

Memory Clinic Zentralschweiz

Areal Kantonsspital 10
6000 Luzern 16

Tel. 058 856 46 50
Fax 058 856 46 01
memory.clinic@lups.ch
www.lups.ch

Zuweisende Stelle (Ärztin/Arzt)

Anmeldung zur Gruppe «Training für Menschen mit Demenz»

Patient/in

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon p	_____	Mobile	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____
Krankenkasse	_____	Vers.-Nr.	_____

Begleitperson

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon p	_____	Mobile	_____

Grund der Anmeldung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> Sprachstörung |
| <input type="checkbox"/> Orientierungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Unselbständigkeit im Alltag | <input type="checkbox"/> Andere Schwierigkeiten |

Diagnose

MMS aktuell = _____ / 30 Punkte. Wichtig – Bitte unbedingt angeben.

Datum

Unterschrift zuweisende Ärztin/Arzt