KLINIKUM CHEMNITZ

Zuweisung in die Gedächtnisambulanz

Bei Verdacht auf leichte kognitive Störung oder demenzielles Syndrom

Patientendaten

Patient: Geburtsdatum:
Anschrift: Kontaktdaten:
Krankenversicherung: ◯ GKV ◯ Privat
Verdachtsdiagnose: Fragestellung:

Kontaktdaten Zuweiser

Name des Arztes:
Adresse:
Telefon: Fax:
E-Mail:

Bisherige Untersuchungsbefunde

Anamnese

Familienanamnese für Demenzerkrankungen ◯ Ja ◯ Nein

Noxen ☐ Alkohol ☐ Nikotin ☐ Drogen

Vorerkrankungen und Medikation

Vor-/Begleiterkrankungen

Medikation

Zusatzdiagnostik

Labordiagnostik	Auffälligkeiten?	
Blutbild	◯ Ja	◯ Nein
Elektrolyte (Na, K, Ca)	◯ Ja	◯ Nein
Glukose, HbA1c	◯ Ja	◯ Nein
TSH, fT3, fT4	◯ Ja	◯ Nein
CRP	◯ Ja	◯ Nein
Leberenzyme	◯ Ja	◯ Nein
Kreatinin	◯ Ja	◯ Nein
Harnstoff	◯ Ja	◯ Nein
Vitamin B12	◯ Ja	◯ Nein
Folsäure	◯ Ja	◯ Nein

Bildgebung

Modalität cMRT*

* Bitte mit SWI/T2*-Sequenz

Datum

Befund/Beurteilung

Kognitive Testung

Test MoCA

Datum

Ergebnis