

Ärztliche Leitung Dr. K.Müller  
Geriatric/ Rehabilitation  
Kantonsspital, J.J. Wepferstr. 12  
8200 Schaffhausen



**Memory - Klinik**  
**Gerontologische Beratungsstelle für Hirnleistungsstörung**

**Anmeldung für ambulantes interdisziplinäres Assessment**

an drei Terminen durch Arzt, Neuropsychologin und Gerontologin (Kosten nach Tarmed)

Name, Vorname:	Geb.-Datum
Strasse:	PLZ/Ort
Tel.-Nr.:	Krankenkasse
Bezugsperson:	Hausarzt:

**Aktuelle Problemstellung/ Zielsetzung**

---

---

---

---

---

**Verdachtsdiagnose**

---

---

**Anamnese und bisherige Untersuchungen**

---

---

---

---

---

Arzt /Ärztin:

Datum und Unterschrift