

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden es an:
gedaechtnissprechstunde@klinikum-siegen.de

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Muttersprache:

Überweisender Arzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Welche sind die aktuellen Beschwerden, wegen derer Sie sich vorstellen möchten?

Ist bereits eine gesicherte Diagnose einer Demenz bekannt?

- Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine der folgenden Erkrankungen?

- Schlaganfall
 Unfall mit Kopfverletzung
 Hirntumor
 Entzündung des Gehirns
 Epilepsie
 Multiple Sklerose (MS)
 Depression
 Alkoholabhängigkeit
 Long-Covid
Falls ja, seit wann: _____

Befinden Sie sich aktuell in neurologischer und/oder psychiatrischer Behandlung?

- Ja

Behandelnder Arzt: _____

- Nein

Wir kontaktieren Sie zeitnah wegen eines Terminvorschlags. Bitte bringen Sie Ihre Vorbefunde (Arztbriefe, Medikamentenplan) mit und kümmern sich um ein MRT des Kopfes!