

## Anmeldung Früherkennungssprechstunde

### Patient, Patientin

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Zivilstand	Beruf
Adresse	
Telefon privat	Mobile/Telefon tagsüber
Krankenkasse	Versicherungs-Nr.

### Eltern bzw. Erziehungsberechtigte (nur ausfüllen bei Kindern und Jugendlichen < 18 Jahren)

Name/Vorname	Telefon
Adresse	

### Hausarzt

Name/Vorname	sdfgghjklfghj	Adresse
--------------	---------------	---------

### Notwendige Abklärungen zum Ausschluss anderer Krankheiten

MRI Schädel	<input type="checkbox"/> durchgeführt, Befund beiliegend	<input type="checkbox"/> Untersuchung veranlasst, Befund wird zugestellt
Labor*	<input type="checkbox"/> durchgeführt, Befund beiliegend	<input type="checkbox"/> Untersuchung veranlasst, Befund wird zugestellt
EEG	<input type="checkbox"/> durchgeführt, Befund beiliegend	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt

\* grosses Blutbild, Quick, CRP, TSH, Glucose nüchtern, Natrium, Kalium, alk. Phosphatase, GOT, GPT,  $\gamma$ -GT, Kreatinin, Lues-Serologie, HIV-Serologie, Urinstatus, Urin-Drogenscreening

### Fragestellung

### Aktuelle Symptomatik

### Aktuelle Medikation/Dosierung

### Anamnestische Angaben

### Bekannte Vorerkrankungen somatisch oder psychisch

### Bemerkungen

### Weitere Beilagen

ja

### Zuweisende Stelle

Name/Vorname	Telefon
Adresse	

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an:

Psychiatrische Klinik Königsfelden | mediQ | Postfach 432 | 5201 Brugg | T 056 462 23 21 | F 056 462 27 66 | mediq@pdag.ch