

Merkblatt
GEDÄCHTNISAMBULANZ

Wiener Gesundheitsverbund Klinik Donaustadt
Psychiatrische Abteilung Psychiatrische Ambulanz
Vorständin: Prim.^a Dr.in Beate Wally
1220 Wien, Langobardenstraße 122
Tel: +43 1 288 02 2950
Fax: +43 1 288 02 2980
E-Mail: kdo.psy@gesundheitsverbund.at
<https://klinik-donaustadt.gesundheitsverbund.at/>

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin in der **Gedächtnisambulanz** folgende Befunde mit
(Zuweisung der Befunde von Ihrer/Ihrem prakt. Ärzt*in):

1.) **Laborbefunde:**

Gesamte Blutchemie (inkl. Ca, P), Blutbild, Vitamin B12, Folsäure, Schilddrüse
(T3, T4, TSH), HbA1c, VDRL, HIV-Serologie

2.) **Computertomographie oder Magnetresonanztomographie Schädel**

(möglichst mit Beurteilung des Hippocampus)

3.) **EKG Befund** (Allgemein-Mediziner*in oder Internist*in)

4.) **Überweisungsschein/Fachärztinnen-Schein** für Gedächtnisambulanz

5.) Auflistung früherer **Erkrankungen** und **Operationen**,
Vorbefunde (z.B. Neurologie,...)

6.) Aufstellung der zuletzt eingenommenen aktuellen **Medikamente**

Bei Bedarf **Hörgerät, Brille** oder Lesehilfe nicht vergessen!

Falls Sie den Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie uns telefonisch zu kontaktieren
unter: +43 1 28802 2950

<u>Ihr Termin</u>	
--------------------------	--