

## Anmeldung zur Gesprächsgruppe für frühbetroffene Menschen mit Demenz

### Teilnehmer/in

Name und Vorname .....

Strasse Nr. ....

PLZ Ort .....

Telefon / Handy .....

E-Mail .....

Geburtsdatum .....

Zivilstand .....

### Kontaktperson

Name und Vorname .....

Strasse Nr. ....

PLZ Ort .....

Telefon / Handy .....

E-Mail .....

Beziehung zum/zur Teilnehmenden .....

### Einwilligung für neuropsychologische Angaben

**Der neuropsychologische Untersuchungsbericht ist für die Gruppeneinteilung erforderlich.  
Bitte füllen Sie eine der folgenden Optionen aus:**

Ich (Vorname und Name) .....  
bestätige, dass ich den neuropsychologischen Bericht dem Anmeldeformular beilege.

Ich (Vorname und Name) ..... erlaube  
Alzheimer beider Basel, beim zuständigen Arzt/bei der zuständigen Ärztin den  
neuropsychologischen Untersuchungsbericht einzuholen.

Name und Vorname der Ärztin/des Arztes .....

Praxis / Klinik / Spital .....

Strasse Nr. ....

PLZ Ort .....

Telefon .....

**Bitte wenden**

Wie wurden Sie auf unsere Gesprächsgruppe aufmerksam:

- Memory Clinic Basel       Bekannte, Freund/innen  
 Hausarzt/Hausärztin       andere:

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Daten für Updates, Einladungen zu Anlässen und Spendenbriefen von Alzheimer beider Basel verwenden. Eine Weiterleitung Ihrer Daten an Drittpersonen erfolgt nicht.

Datum: .....      Unterschrift der teilnehmenden Person: .....

**Wir werden Sie schriftlich kontaktieren, um Ihnen Ihren ersten Termin und weitere Einzelheiten mitzuteilen. Bis dahin bitten wir Sie um ein wenig Geduld.**

→ Bitte senden Sie diese Anmeldung an:

/ Alzheimer beider Basel | Im Westfeld 4 | 4055 Basel | 061 326 47 95 | info@alzbb.ch | alzbb.ch