

Zuweisung stationäre Behandlung / Anordnung psychologische Psychotherapie

Die Patientin oder der Patient wird durch uns für ein Vorgespräch kontaktiert. Da die Vorgespräche durch psychologisches Personal durchgeführt werden können, bitten wir um eine Anordnung (unten). Die Kostengutsprache holen wir gerne ein.

Zuweiserin oder Zuweiser (Ärztin oder Arzt / Therapeutin oder Therapeut)

Name	_____	Telefon	_____
Praxis/Klinik	_____	Fax	_____
Strasse, Nr.	_____	E-Mail (HIN-Mail)	_____
PLZ, Ort	_____	GLN / ZSR Nr.	_____

Patientin oder Patient (* zivilrechtliche Wohnadresse)

Name	_____	AHV-Nr.	_____
Vorname	_____	Zivilstand	_____
Geburtsdatum	_____	Nationalität	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers	Muttersprache	_____
Strasse, Nr. *	_____	Beruf	_____
PLZ, Ort *	_____	Telefon Privat	_____
E-Mail Privat	_____	Mobile	_____

Beistandschaft Ja Nein

Wenn ja, welche Art? _____ Ernennungsurkunde (Vollmacht) beilegen
 Name und Adresse _____

Vorangehende Aufenthalte in der stationären Psychiatrie, ggf. bei uns? Ja Nein

Versicherung

Grundversicherung	Name: _____	Versicherten-Nr.	_____
	Ort: _____	Karten-Nr.	_____
Versicherungsmodell	<input type="checkbox"/> freie Arztwahl	<input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell (HMO/Tel Doc/Med Gate)	
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine		
Versicherungs-Klasse	<input type="checkbox"/> ganze Schweiz, allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
weitere Zusätze	<input type="checkbox"/> Komplementär-Medizin	<input type="checkbox"/> Unfall	
	(wenn nicht identisch mit Grundversicherung)		
	Name: _____	Versicherten-Nr.	_____
	Ort: _____	Karten-Nr.	_____

Hausärztin oder Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiserin oder Zuweiser)

Name	_____	Adresse	_____
------	-------	---------	-------

Anordnung (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

- | | | |
|---------------|---|--|
| – Anordnung 1 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) |
| – Anordnung 2 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | <input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen |

Diagnosen (ICD-10)

Zuweisungsgrund / Auftrag an das AMEOS Seeklinikum Brunnen

Bisherige Therapien und stationäre Aufenthalte

Aktuelle Medikation mit Dosierung (ggf. Verordnungsschema beilegen)

Besteht eine Unverträglichkeit oder Abhängigkeit?

Nein Ja, welche:

Anmerkungen zur Behandlung

Beilagen

Wir bitten Sie um Zustellung von Berichten und Laborbefunden:

keine Beilagen Laborbefund Berichte Kostengutsprache

Datenschutz und Anmeldung

Aus Gründen des Datenschutzes bitten wir Sie, sensitive Daten wie Patientenmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform **HIN** (Health Info Net) einzureichen an:

patadmin@brunnen.ameos.ch

Unterschrift Zuweiserin oder Zuweiser (Ärztin oder Arzt / Therapeutin oder Therapeut)

.....
Ort, Datum

.....
Verordnet durch (Name, Praxis/Klinik, Unterschrift)