**Zuweisungsformular**

**Clienia Schlössli AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oetwil am See**

**Patient / -in**

Name       Vorname

Geburtsdatum       Geschlecht  weiblich  männlich

Strasse / Nr.       PLZ / Ort

Telefon       Schriften in

(falls ungleich Wohnsitz)

E-Mail       Nationalität

Beistand  nein  ja Name / Adresse

**Dringlichkeit**

Notfall Anmeldung immer auch telefonisch über **Triagetelefon 044 929 83 33**

freiwillig  FU ärztlich  KESB FU  Haft  KJPP

(Name)

Elektiv Gewünschtes Eintrittsdatum

Bei Anmeldung von Patientinnen und Patienten zu einem elektiven Klinikeintritt bitten wir Sie, als zuständige Einweiserin/zuständigen Einweiser, mit uns unaufgefordert erneut Kontakt aufzunehmen, sobald das Zustandsbild Ihrer Patientin/Ihres Patienten soweit verändern sollte, dass ein notfallmässiger Eintritt notwendig erscheint, den wir in diesem Fall – bei gegebener regionaler Zuständigkeit – vorzugsweise innerhalb von 12-24 Stunden bewerkstelligen bzw. in eine andere Klinik umleiten würden.

**COVID-19**

Symptome?

* Husten / Atembeschwerden und / oder Fieber ≥ 38 Grad  ja  nein
* plötzlicher Verlust des Geruchs- und / oder Geschmackssinns  ja  nein

Enger Kontakt (˂ 2 Meter) mit bestätigtem Fall?  ja  nein

SARS-CoV2 Testung erfolgt?  ja ⇨ Ergebnis  positiv  negativ  ausstehend

nein

**Garanten**

allgemein  halbprivat  privat  Selbstzahler

1. Garant (Grundversicherung)

Name

Vers.-Nr.

2. Garant (Zusatzversicherung) insbesondere bei ausserkantonalen Patienten relevant

Name

Vers.-Nr.

Kostengutsprache durch Kantonsarzt des Wohnkantons

**Zuweiser / -in**

Name / Vorname

Adresse       PLZ / Ort

E-Mail       Telefon

**Hausarzt / Psychiater / Therapeut (falls nicht identisch mit Zuweiser)**

Name / Vorname       PLZ / Ort

E-Mail       Telefon

**Medizinische Angaben** (⇨ auch separat als Zuweisungsschreiben möglich)

**Diagnosen (ICD 10) –** zwingend bei HP- / P-Versicherten oder ausserkantonalen Patienten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Zuweisungsgrund / aktuelle Situation / bisherige Behandlung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Befund**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Behandlungsziele / -auftrag**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Aktuelle Medikation**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentenname**  **z.B. Panadol** | **Dosierung**  **z.B. Tbl. à 500 mg** | **morgens**  **z.B. 1** | **mittags**  **z.B. 0.5** | **abends**  **z.B. 0.5** | **nachts**  **z.B. 0** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Besondere Aspekte (zum Beispiel Somatik)**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Kontaktpersonen (Partner, Angehörige und andere)**

**1. Adresse 2. Adresse**

Name / Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Verwandtschafts-

grad

**Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte**

**per Post an** Clienia Schlössli AG

Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Triagestelle

Schlösslistrasse 8

8618 Oetwil am See

**per E-Mail an** [**triage.schloessli@clienia.ch**](mailto:triage.schloessli@clienia.ch)

**per Fax an** **044 929 83 88**

Ort / Datum Stempel / Unterschrift

30. November 2021 XEF/fer