**Zuweisungsformular Erwachsene (18-59) Clienia Littenheid AG**

**Patientin / Patient** (gesetzlicher Wohnsitz)

Name       Geschlecht  weiblich  männlich

Vorname        divers

Strasse / Nr.       Telefon

PLZ / Ort       E-Mail

Wohnkanton       Nationalität

Geburtsdatum       Institution

Versicherungsstatus  allgemein  allgemein ganze Schweiz  halbprivat  privat

Garant       VEKA-Nr.       Versicherungs-Nr.

Garant       VEKA-Nr.       Versicherungs-Nr.

GesetzlicherVertreter/in(falls vorhanden) oder Bezugsperson

Angehörige/r  Beistand/Beiständin

Name       Adresse

Vorname       Telefon

**Einweisungsstatus / Dringlichkeit**

Elektiv  FU ärztlich  FU behördlich

Dringlich Notfall: Bitte **immer** telefonisch anmelden **0848 92 92 92**

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

Name       Institution

Vorname       Telefon

Strasse / Nr.       E-Mail

PLZ / Ort       ZSR-Nr.

EAN-Nr.

**Weitere ambulante Behandler/innen**

Psychiater/in  Psychotherapeut/in  Hausärztin/Hausarzt

Name       Telefon

Strasse / Nr.       PLZ / Ort

Kontaktaufnahme gewünscht  vor der Behandlung  während der Behandlung

Ambulante pflegerische Betreuung Institution

Name       Telefon

**Medizinische Angaben**

Diagnosen nach ICD 10

Zuweisungsgrund

Behandlungsziele / Behandlungsauftrag

Besondere Aspekte   
wie somatisches; Pflegebedürftigkeit; Patientenverfügung, Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG/GgV 404/407

Aktuelle Medikation bzw. aktuelle Medikationsliste beilegen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentenname** | **Dosierung** | **morgens** | **mittags** | **abends** | **nachts** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Gewünschter Behandlungsbereich stationär**

Angst und Depression, Acceptance and  
 Commitment Therapy (ACT)

sozialpsychiatrische Behandlung

Akute Krise

Sucht

Psychotherapie für Erwachsene

Psychotherapie für junge Erwachsene   
 (DBT, Schematherapie, Essstörungen)

Traumatherapie (DBT-PTBS)

Privatstation

**Gewünschter Behandlungsort ambulant (in jedem Fall Anordnung beilegen)**

EPD Frauenfeld

Tagesklinik Frauenfeld

EPD Sirnach

     

Ort / Datum Stempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte

**per Post:** Clienia Littenheid AG

Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

ZIP Zentraler Infopoint Psychiatrie

Hauptstrasse 130

9573 Littenheid

oder

**per E-Mail:** [zip@clienia.ch](mailto:zip@clienia.ch)

oder

**per Fax:** 071 929 60 31