**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

oder

**per Fax:** 071 929 60 31