

## Zuweisungsformular Erwachsene (18-59) Clenia 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. \_\_\_\_\_

### Gesetzlicher Vertreter/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. \_\_\_\_\_

---



### Gewünschter Behandlungsbereich stationär

---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depression und Angst              | <input type="checkbox"/> Psychotherapie für Erwachsene  |
| <input type="checkbox"/> ACT-orientierte Sozialpsychiatrie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie für junge Erwachsene<br>(DBT, Schematherapie, Essstörungen) |
| <input type="checkbox"/> Akute Krise                       | <input type="checkbox"/> Traumatherapie (DBT-PTBS)  |
| <input type="checkbox"/> Sucht                             | <input type="checkbox"/> Privatstation  |

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

---

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EPD Frauenfeld | <input type="checkbox"/> Tagesklinik Frauenfeld |
| <input type="checkbox"/> EPD Sirnach    |   |

---

Ort / Datum

---

Stempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte

**per Post:** Clenia Littenheid AG  
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
ZIP Zentraler Infopoint Psychiatrie  
Hauptstrasse 130  
9573 Littenheid

oder

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

oder

**per Fax:** 071 929 60 31