

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. _____

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

- | | |
|--|---|
| <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
(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

oder

per Fax: 071 929 60 31