

Zuweisungsformular Kinder und Jugendliche Clenia Littenheid AG

Patientin / Patient (gesetzlicher Wohnsitz)

Name _____ Geschlecht weiblich männlich
Vorname _____ Telefon _____
Strasse / Nr. _____ E-Mail _____
PLZ / Ort _____ 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)

Sorgeberechtigte/r

Beistand/Beiständin

Name _____ Adresse _____

Vorname _____ Telefon _____

Sorgeberechtigte/r

Beistand/Beiständin

Name _____ Adresse _____

Vorname _____ Telefon _____

Einweisungsstatus / Dringlichkeit

Freiwillig

FU ärztlich

FU behördlich

Elektiv: Gewünschter Eintrittstermin: _____ Notfall: Bitte auch telefonisch anmelden **0848 92 92 92**

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name _____ Institution _____

Vorname _____ Telefon _____

Strasse / Nr. _____ E-Mail _____

PLZ / Ort _____ ZSR-Nr. _____

EAN-Nr. _____

Ambulante (weitere) Behandlung

Psychiater/in Psychotherapeut/in Hausärztin/Hausarzt

Name _____ Telefon _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Kontaktaufnahme gewünscht vor der Behandlung während der Behandlung

Ambulante pflegerische Behandlung Institution _____

Name _____ Telefon _____

Medizinische Angaben

Diagnosen nach ICD 10

Zuweisungsgrund

Behandlungsziele / Behandlungsauftrag

Besondere Aspekte

wie somatisches; Pflegebedürftigkeit; Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG/GgV 404/407

Aktuelle Medikation bzw. aktuelle Medikationsliste beilegen

Medikamentenname	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Gewünschter Behandlungsbereich stationär

- Geschützter Bereich KJP
- Offener Bereich KJP

Gewünschter Behandlungsort ambulant (Anordnung beilegen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZKJF Amriswil | <input type="checkbox"/> Ambulatorium Sirmach |
| <input type="checkbox"/> ZKJF Frauenfeld | <input type="checkbox"/> Ambulatorium Winterthur |
| <input type="checkbox"/> ZKJF Kreuzlingen | |

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