**Zuweisungsformular Senioren Clienia 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.

GesetzlicherVertreter/in(falls vorhanden) oder nächste Bezugsperson

Sorgeberechtige/r  Beistand/Beiständin  Bezugsperson, nämlich

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.

**Medizinische Angaben**

Zuweisungsgrund Alterspsychiatrie und –psychotherapie (Mehrfachnennung möglich)

Gedächtnisstörung

Sprachstörung

Orientierungsstörung

Wahrnehmungsstörung

Aufmerksamkeitsdefizit / Konzentrationsschwäche

komplexere Denkfunktionen

Unselbständigkeit im Alltag

Verhaltensauffälligkeiten

Beratungsgespräch (auch für Angehörige)

Persönlichkeitsveränderungen

Abhängigkeitsproblematik

Depression / Angst

Psychose

Psychosomatische Problematik

Anderes (bitte notieren)

Zuweisungsgrund Neuropsychologie (Mehrfachnennung möglich)

Allgemeine Abklärung der kognitiven Funktionen

Verdacht auf ADHS / ADS

Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung

Verdacht auf eine Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (Dyslexie / Dyskalkulie)

Abklärung des Intelligenzniveaus

Abklärung bei psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen

Abklärung der Fahreignung

Symptomvalidierung (Verdacht auf Aggravation / Simulation)

Anderes (bitte notieren)

Diagnosen nach ICD 10

Bereits im Vorfeld durchgeführte Untersuchungen

Labor  EKG (nicht älter als 6 Mte.)  CT  MRI  EEG  SPECT / PET

Bitte legen Sie relevante Befunde bzw. Berichte der Anmeldung bei bzw. senden Sie uns diese per E-Mail oder Post zu.

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 Behandlungsort ambulant**

Alterstagesklinik Frauenfeld

Ambulante Alterspsychiatrie Frauenfeld

Demenzberatungsstelle Diessenhofen

Demenzberatungsstelle Sirnach

Memory Clinic Frauenfeld

     

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