**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

oder

**per Fax:** 071 929 60 31