

## Zuweisungsformular Clenia Schöllsli, Oetwil am See, stationär

### Patientin / Patient (gesetzlicher Wohnsitz)

Name \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich  
Vorname \_\_\_\_\_  divers  
Strasse / Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Wohnkanton \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Institution \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus  allgemein  halbprivat  privat  Selbstzahler

#### 1. Garant (Grundversicherung)

Name \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

#### 2. Garant (Zusatzversicherung) insbesondere bei ausserkantonalen Patienten relevant

Name \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Kostengutsprache durch Kantonsarzt des Wohnkantons

### Gesetzlicher Vertreter/in (falls vorhanden) oder Bezugsperson

Angehörige/r  Beistand/Beiständin

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Einweisungsstatus / Dringlichkeit

Notfall Anmeldung immer auch telefonisch über **Triagetelefon 044 929 83 33**

freiwillig  FU ärztlich  KESB FU  KJPP  
(Name) \_\_\_\_\_

Elektiv Gewünschtes Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

Bei Anmeldung von Patientinnen und Patienten zu einem elektiven Klinikeintritt bitten wir Sie, als zuständige Einweiserin/zuständigen Einweiser, mit uns unaufgefordert erneut Kontakt aufzunehmen, sobald das Zustandsbild Ihrer Patientin/Ihres Patienten soweit verändern sollte, dass ein notfallmässiger Eintritt notwendig erscheint, den wir in diesem Fall – bei gegebener regionaler Zuständigkeit – vorzugsweise innerhalb von 12-24 Stunden bewerkstelligen bzw. in eine andere Klinik umleiten würden.

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

Name	_____	Vorname	_____
Strasse / Nr.	_____	PLZ / Ort	_____
E-Mail	_____	Telefon	_____

**Weitere ambulante Behandler/innen**

Psychiater/in
  Psychotherapeut/in
  Hausärztin/Hausarzt

Name	_____	Telefon	_____
Strasse / Nr.	_____	PLZ / Ort	_____

**Medizinische Angaben**

Diagnosen (ICD 10) – zwingend bei HP- / P-Versicherten oder ausserkantonalen Patienten

Zuweisungsgrund / aktuelle Situation / bisherige Behandlung

Behandlungsziele / -auftrag

Besondere Aspekte

Somatisches Zustandsbild, Geburtsgebrechen, Pflegebedürftigkeit, Mobilitätsgrad, Patientenverfügung etc.

Aktuelle Medikation bzw. aktuelle Medikationsliste beilegen

Medikamentenname	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts
z.B. Panadol	z.B. Tbl. à 500 mg	z.B. 1	z.B. 0.5	z.B. 0.5	z.B. 0

### Kontaktpersonen (Partner, Angehörige und andere)

---

	1. Adresse	2. Adresse
Name / Vorname	_____	_____
Strasse / Nr.	_____	_____
PLZ / Ort	_____	_____
Telefon	_____	_____
Verwandtschafts- grad	_____	_____

---

Ort / Datum

---

Stempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte

**per Post:** Clenia Schössli AG  
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Triagestelle  
Schösslistrasse 8  
8618 Oetwil am See

oder

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

oder

**per Fax:** 044 929 83 88