**Zuweisungsformular Clienia Schlössli AG, Psychiatriezentrum Wetzikon**

**Patientin / Patient** (gesetzlicher Wohnsitz)

Name       Geschlecht [ ]  weiblich [ ]  männlich

Vorname       Telefon

Strasse / Nr.       E-Mail

PLZ / Ort       Nationalität

Geburtsdatum       Institution

Versicherungsstatus (stationär) [ ]  allgemein [ ]  halbprivat [ ]  privat

**Einweisungsstatus / Dringlichkeit / Behandlungsbereich**

[ ]  **Notfall**: Bitte auch telefonisch anmelden **044 931 39 39** (keine Weiterbehandlung garantiert)

[ ]  **Abklärung und Behandlung** [ ]  Allgemeinpsychiatrie

 [ ]  Abhängigkeitspsychiatrie

 [ ]  Alterspsychiatrie (> 65 Jahre)

 [ ]  Konsiliar & Liaisonpsychiatrie

[ ]  **Spezialsprechstunde** [ ]  Memory Clinic

 [ ]  ADHS

 [ ]  Autismusspektrum

 [ ]  Neuropsychologie

 [ ]  Schlafmedizin

 [ ]  Trauma

 [ ]  Substitutionsbehandlung (OAT und HeGeBe)

 [ ]  Gynäkopsychiatrie

 [ ]  Bariatrie

**Bitte beachten Sie, dass keine externen Anordnungen zur psychologischen Psychotherapie angenommen werden. Sie können die Patienten wie bisher regulär zuweisen und ggf. erstellen wir dann eine interne oder externe Anordnung zur psychologischen Psychotherapie.**

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

Name       Institution

Vorname       Telefon

Strasse / Nr.       E-Mail

PLZ / Ort       ZSR-Nr.

EAN-Nr.



**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** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

Dolmetscher notwendig? [ ]  Ja [ ]  Nein

Falls ja, welche Sprache? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort / Datum Stempel / Unterschrift

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte per Mail an** **info.pzw@clienia.ch**

**oder per Post an oben genannte Adresse.**