

Zuweisungsformular Clenia Young im Schlössli, Oetwil am See

Patientin / Patient (gesetzlicher Wohnsitz/Schriften)

Name		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Vorname			<input type="checkbox"/> 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)

Sorgerecht bei	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Beistand	<input type="checkbox"/> Vormund
Name		Adresse		
Vorname		Telefon		
Status der Eltern	<input type="checkbox"/> zusammen	<input type="checkbox"/> getrennt		

Einweisungsstatus / Dringlichkeit

Freiwillig FU ärztlich FU behördlich

Notfall **bitte auch telefonisch anmelden über Triagetelefon 044 929 83 33**

Elektiv

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

Kinder- und Jugendpsychiater/in

Name		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

Psychotherapeut/in

Name		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

Kinderarzt/Hausarzt/in

Name		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

Schule

Name		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

Schulpsychologischer Dienst

Name		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

Beistandschaft

Name		Telefon	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

Andere wichtige Bezugspersonen

--

Medizinische Angaben

Diagnosen (ICD 10 und IV-relevant wie Geburtsgebrechen)

--

Zuweisungsgrund / aktuelle Situation / bisherige Behandlung

--

Selbstgefährdung

Fremdgefährdung

Akuter Verlauf

Chronischer Verlauf

Befund

Letztes Labor

--

Befund

--

Letztes EKG

Befund

Behandlungsziele / -auftrag (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminiert)

--

Stadium des Behandlungsprozesses

Problemeinsicht nicht vorhanden

Problemeinsicht vorhanden, ambivalent für Mitarbeit

Bereitschaft für Mitarbeit

Aktive Mitarbeit vorhanden

Aktuelle Medikation

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

Besondere Aspekte wie körperliche Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit etc.

Gewünschter stationärer Behandlungsbereich

- Akute Erkrankungen
- DBT-A
- Therapieprogramme

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte

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

oder

per E-Mail triage.schloessli@clenia.ch

oder

per Fax 044 929 83 88