

Zuweisung

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ/Ort		
Geburtsdatum		
Telefon Privat		
Mobile		
E-Mail		
AHV-Nr.		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich

Angaben zur Versicherung

Versicherungsgesellschaft		Versicherungs-Nr.	
Versicherungsart <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> Telmed-Modell <input type="checkbox"/> Unfall	Klasse <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	Zusatz ganze CH <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pat. kommt von <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> andere

Zuweisung

<input type="checkbox"/> Stationäre Therapie Gontenschwil	<input type="checkbox"/> Ambulatorium Lenzburg	<input type="checkbox"/> Tagesklinik Lenzburg
---	--	---

Details

War die Patientin/der Patient schon mal bei uns in Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Indikationen und Zielsetzung der stationären bzw. ambulanten Behandlung

Diagnosen

psychiatrische
somatische

Aktuelle Medikation

--

Zusätzliche Bemerkungen

--

Zuweisung durch

Name	
Vorname	
Klinik/Institution	
Strasse	
PLZ/Ort	
Erreichbar unter Tel.-Nr.	
E-Mail	

Ausführlicher Bericht folgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	---

Ort / Datum	
Unterschrift	