

Zuweisung stationärer Aufenthalt Psychiatrie / Psychosomatik

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Vers.-Status Allg. / Halbprivat / Privat

Eintritt möglich ab _____

Vorname _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Vers.-Nr. _____

Angaben zur Erkrankung

Diagnosen: F3 / F4 / F5 / F7 – F9

Begleiterkrankungen:

Aktuelle Medikation:

Behandlungsziele:

Arbeitsunfähigkeit _____ % seit _____

Bitte folgende Unterlagen mitsenden:

- Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)

Zuweisenden Ärztin / Zuweisender Arzt

Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)

Ort, Datum _____

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- Erhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen
 - der Funktionsfähigkeit im Alltag
 - der Arbeitsfähigkeit
- Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft

Grad der Selbständigkeit

- Selbständig
- Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen Verrichtungen (ADL)
- Gehhilfe / Rollstuhlpatient
- Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit
- Desorientiert

Unterschrift _____