

Zuweisung stationärer Aufenthalt Psychiatrie / Psychosomatik

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Krankenkasse:

Adresse:

Vers.-Nr.:

PLZ/Ort:

Vers.-Status: ☐ Halbprivat ☐ Privat

Telefon:

Eintritt möglich ab:

E-Mail:

Angaben zur Erkrankung

Dignosen: ☐ F3/ ☐ F4/ ☐ F5/ ☐ F7–F9

Aktuelle Medikation:

Begleiterkrankungen:

Behandlungsziele:

Arbeitsunfähigkeit: % seit

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- ☐ Erhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen
- der Funktionsfähigkeit im Alltag
 - der Arbeitsfähigkeit

- ☐ Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht /
Die ambulanten Therapiemöglichkeiten
sind ausgeschöpft

Bitte folgende Unterlagen mitsenden:

Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)

Grad der Selbstständigkeit

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

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)

Ort, Datum:

Unterschrift: