

**Zuweisung stationärer Aufenthalt  
Psychiatrie / Psychosomatik**

**Angaben zur Patientin / zum Patienten**

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Vers.-Status  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 \_\_\_\_\_

**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)

**Zuweisenden Ärztin / Zuweisender Arzt**

Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)

Ort, Datum \_\_\_\_\_

**Grad der Selbständigkeit**

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

Unterschrift \_\_\_\_\_