

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

Diagnosen: F3/ F4/ F5/ F7–F9

Aktuelle Medikation:

Begleiterkrankungen:

Behandlungsziele:

Arbeitsunfähigkeit: % seit

Weitere Ausführungen auf Seite 2

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:

Weitere Ausführungen