**Stationäre Zuweisung**

**Ihre Angaben als Zuweiser/in:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Einweisende/r Arzt/Ärztin / Spital: |  | [ ]  Hausarzt |
| Adresse: |  |
| E-Mail: |  |
| Telefon: |  |

[ ]  **Einweisung zur regulären, stationären Behandlung** [ ]  **zur Kurzhosp**

[ ]  **zum Abklärungsgespräch**

**Angaben der Patientin / des Patienten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  | **Geburtsdatum:** |  |
| **Strasse:** |  |  |  |
| **PLZ / Ort:** |  | **Kanton:** |  |
| **Telefon Festnetz:** |  | **Mobiltelefon:** |  |
| **E-Mail:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Grundversicherung:** |  | **Nummer Versicherungs-karte** (wenn möglich, bitte ausfüllen) | 8075-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |
| **Zusatzversicherung:** |  | 8075-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |

[ ]  Allgemein [ ]  Halbprivat [ ]  Privat [ ]  Zusatz ganze CH [ ]  Selbstzahler

**Behandlungsgrund**: [ ]  Krankheit [ ]  Unfall

[ ]  Mobilität eingeschränkt?

[ ]  Kostengutsprache liegt vor (bitte Kopie beilegen)

[ ]  Bitte Termin mit dem Patienten / der Patientin direkt vereinbaren

|  |  |
| --- | --- |
| **Psychiatrische Diagnose(n) nach ICD:** |  |
| **Relevante somatische Diagnose(n):** |  |
| **Einweisungsgrund:** |  |
| **Therapieziel:** |  |
| **Aktuelle Medikation:** |  |
| **Ambulante Behandlung:** | [ ]  Nein [ ]  Ja, seit wann? Frequenz?  |
| **Datum, Unterschrift und Stempel** |  |

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular per Mail, Fax oder Post zu übermitteln.

*Per Mail*: *dispo@klinik-sgm.ch*  *Per Fax: +41 (0)62 919 22 00*

*Per Post: Klinik SGM Langenthal, Patientendisposition, Weissensteinstrasse 30, 4900 Langenthal*