**Ambulante Zuweisung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Langenthal | [ ]  Bern | [ ]  Spiez | [ ]  St. Gallen | [ ]  Meggen LU |
| [ ]  Basel (Bettingen) |  |  |  |  |

**Ihre Angaben als Zuweiser/in:**

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

**Angaben der Patientin / des Patienten:**

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

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

[ ]  Hausarztmodell (Zuweiser=Hausarzt)

Wie wichtig ist der Einbezug des christlichen Glaubens in die Therapie?

Sehr wichtig [ ]  6 [ ]  5 [ ]  4 [ ]  3 [ ]  2 [ ]  1 Unwichtig

Wenn möglich, wird die Therapie durch [ ]  eine weibliche Fachperson [ ]  männliche Fachperson gewünscht.

|  |  |
| --- | --- |
| **Psychiatrische Diagnose(n) nach ICD:** |  |
| **Zuweisungsgrund:** |  |
| **Bisherige Behandlung:** |  |
| **Therapieziel:** |  |
| **Aktuelle Medikation:** |  |
| **Datum, Unterschrift und Stempel** |  |

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

*Per Mail: dispo@klinik-sgm.ch*

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

*Per Fax: +41 (0)62 919 22 00*