**Stationäre Zuweisung**

**Ihre Angaben als Zuweiser/in:**

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

[ ]  **Einweisung zu einer stationären Behandlung** [ ]  **bitte weiter abklären**

**Angaben der Patientin / des Patienten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** | Hier klicken | **Geburtsdatum:** | Hier klicken |
| **Strasse:** | Hier klicken |  |  |
| **PLZ / Ort:** | Hier klicken | **Kanton:** | Hier klicken |
| **Telefon Festnetz:** | Hier klicken | **Mobiltelefon:** | Hier klicken |
| **E-Mail:** | Hier klicken |  |  |
|  |  |  |  |
| **Grundversicherung:** | Hier klicken | **Nummer Versicherungs-karte** (wenn möglich, bitte ausfüllen) | 8075- |
| **Zusatzversicherung:** | Hier klicken | 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:** | Hier klicken |
| **Relevante somatische Diagnose(n):** | Hier klicken |
| **Einweisungsgrund:** | Hier klicken |
| **Therapieziel:** | Hier klicken |
| **Aktuelle Medikation:** | Hier klicken |
| **Ambulante Behandlung:** | [ ]  Nein [ ]  Ja, seit wann? Hier klicken Frequenz? Hier klicken |
| **Datum, Unterschrift und Stempel** | Hier klicken |

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*