

Ambulante Zuweisung



Ambulatorium *(Bitte nur ein Standort auswählen!)*

Langenthal BE Bern BE Spiez BE St. Gallen SG Meggen LU Basel (Bettingen) BS

Zuweiser/in:

Ärztin/Arzt	_____
Spital/Klinik	_____
Strasse, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____
E-Mail	_____
Telefon	_____

Hausärztin/Hausarzt:

ist Zuweiser/in ist über diese Anmeldung informiert

Ärztin/Arzt	_____
Praxis	_____
Strasse, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____
E-Mail	_____
Telefon	_____

Angaben Patient/in:

Name, Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Strasse:	_____		
PLZ / Ort:	_____	Kanton:	_____
Telefon Festnetz:	_____	Mobiltelefon:	_____
E-Mail:	_____		
Grundversicherung:	_____	Nummer Versicherungs- karte	8075-____-____-____-____
Zusatzversicherung:	_____	(bitte ausfüllen)	8075-____-____-____-____

Hausarztmodell (HA muss Zuweiser/in sein) Freie Arztwahl (Zuweisungsgrund unten angeben)

Behandlungsgrund: Krankheit Unfall

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

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 des Zuweisers

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

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

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