

Zuweisung zur ambulanten psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung

Sehr geehrte Zuweiserin, sehr geehrter Zuweiser

Vielen Dank für Ihre Kontaktaufnahme mit der Klinik SGM, die sich durch ihren ganzheitlichen Behandlungsansatz auszeichnet.

Neben der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit affektiven Erkrankungen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bieten wir in der Deutschschweiz ambulante Therapien an sechs Standorten an.

Für unser Team der Triage und Disposition sind Ihre Angaben von grosser Bedeutung, um eine bestmögliche Behandlung für die zugewiesenen Personen vorbereiten zu können. Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Zeit und Ihren Einsatz. Bei Fragen steht Ihnen unser Dispositionsteam gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse, das Team der ambulanten Dienste der Klinik SGM

Ambulatorium (Bitte nur einen Standort auswählen)

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

Zuweiser/in

Ärztin/Arzt	Hier klicken oder tippen
Spital/Klinik	Hier klicken oder tippen
Strasse, Nr.	Hier klicken oder tippen
PLZ, Ort	Hier klicken oder tippen
E-Mail	Hier klicken oder tippen
Telefon	Hier klicken oder tippen

Hausärztin/Hausarzt

☐ ist Zuweiser/in ☐ ist über diese Anmeldung informiert

Ärztin/Arzt	Hier klicken oder tippen
Praxis	Hier klicken oder tippen
Strasse, Nr.	Hier klicken oder tippen
PLZ, Ort	Hier klicken oder tippen
E-Mail	Hier klicken oder tippen
Telefon	Hier klicken oder tippen

Personalien Patient/in

Name, Vorname	Hier klicken oder tippen	Geburtsdatum	Hier klicken oder tippen
Strasse	Hier klicken oder tippen	PLZ, Ort	Hier klicken oder tippen
Mobiltelefon	Hier klicken oder tippen	Telefon Festnetz	Hier klicken oder tippen
E-Mail	Hier klicken oder tippen	Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ keine Angabe

Versicherung

Grundversicherung	Hier klicken oder tippen	Nr.	8075-_____-_____-_____-_____-
☐ Kostenträger Unfallversicherung		☐ Kostenträger IV	☐ Selbstzahler
☐ Hausarztmodell (Hausarzt muss Zuweiser/in sein)		☐ Freie Arztwahl (bitte auf S. 2 Zuweisungsgrund angeben)	

Details zur Zuweisung

Psychotherapeutische Behandlung

☐ Medikation

☐ Beurteilung Arbeitsfähigkeit

☐ Hier klicken oder tippen

☐ Psychiatrische Mitbehandlung erforderlich

☐ Fallbeurteilung Fortsetzung Psychotherapie

Therapie

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

☐ unwichtig

☐ wichtig

☐ sehr wichtig

Bevorzugte Fachperson für die Therapie

☐ keine Präferenz

☐ weiblich

☐ männlich

Diagnose

Psychiatrische
Diagnose(n) nach ICD

Hier klicken oder tippen

Zuweisungsgrund

Hier klicken oder tippen

Bisherige Behandlung

Hier klicken oder tippen

Therapieziel

Hier klicken oder tippen

Aktuelle Medikation

Hier klicken oder tippen

Spez. Fragestellung /
Bemerkungen

Hier klicken oder tippen

Datum, Unterschrift
und Stempel des
Zuweisers

Hier klicken oder tippen

Bitte übermitteln Sie uns das ausgefüllte Formular

Per E-Mail dispoamb@klinik-sgm.ch (HIN-gesichert)

Per Post Klinik SGM Langenthal, Patientendisposition ambulant, Weissensteinstrasse 30, 4900 Langenthal