

## 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)

<input type="checkbox"/> Basel (Bettingen) BE	<input type="checkbox"/> Bern BE	<input type="checkbox"/> Langenthal BE
<input type="checkbox"/> Meggen LU	<input type="checkbox"/> Spiez BE	<input type="checkbox"/> St. Gallen SG

### Zuweiser/in

### Hausärztin/Hausarzt

ist Zuweiser/in  ist über diese Anmeldung informiert

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

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

### Personalien Patient/in

Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse	PLZ, Ort
Mobiltelefon	Telefon Festnetz
E-Mail	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> keine Angabe

### Leistungsträgerin

#### Krankenkassen- Grundversicherung

Kostenträger Unfallversicherung

Hausarztmodell

(Hausarzt muss Zuweiser/in sein)

Nr. 8075- \_\_\_\_\_

Kostenträger IV

Selbstzahler

Freie Arztwahl

(bitte auf S. 2 Zuweisungsgrund angeben)

## Details zur Zuweisung

### **Psychotherapeutische Behandlung**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medikation                   | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Mitbehandlung erforderlich  |
| <input type="checkbox"/> Beurteilung Arbeitsfähigkeit | <input type="checkbox"/> 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**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zuweisungsgrund**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bisherige Behandlung**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Therapieziel**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Spez. Fragestellung / Bemerkungen**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift und Stempel des Zuweisers**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Bitte übermitteln Sie uns das ausgefüllte Formular**

Per E-Mail [dispoamb@klinik-sgm.ch](mailto:dispoamb@klinik-sgm.ch) (HIN-gesichert)

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