

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

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	_____

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	Nr. 8075-_____-_____-_____-_____
<input type="checkbox"/> Kostenträger Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Kostenträger IV <input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Hausarztmodell (Hausarzt muss Zuweiser/in sein)	<input type="checkbox"/> Freie Arztwahl (bitte auf S. 2 Zuweisungsgrund angeben)

Details zur Zuweisung

Psychotherapeutische Behandlung

☐

☐ Medikation

☐ Psychiatrische Mitbehandlung erforderlich

☐ Beurteilung Arbeitsfähigkeit

☐ 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 (HIN-gesichert)

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