**Zuweisung zur**

**psychiatrischen / psychosomatischen Behandlung**

[ ]  stationär

[ ]  ambulant Ambulatorium in: [ ]  Langenthal

 [ ]  Bern

 [ ]  Meggen LU

**Angaben Patientin/Patient**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |  | Geburtsdatum: |  |
| Adresse: |  | Kanton: |  |
|  |  |  |  |
| Telefon Festnetz: |  | Mobiltelefon: |  |
| Mail-Adresse: |  |  |  |
| Grund-versicherung |  | Zusatz-versicherung |  |

[ ]  Halbprivat [ ]  Privat [ ]  Allgemein ganze CH

**Diagnose**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bisherige ambulante Behandlung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Einweisungsgrund**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Aktuelle Medikation**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Einweisende/r Ärztin/Arzt, Praxis oder Spital/Klinik**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum und Unterschrift**