**Zuweisung in die Klinik SGM zur psychiatrischen /** 

**psychosomatischen Behandlung**

**Ihre Angaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Einweisende/r Arzt/Ärztin / Spital: |  |
| Adresse: |  |
| E-Mail: |  |
| Telefonnummer: |  |

[ ]  **stationär**

[ ]  **ambulant** Ambulatorium in: [ ]  Langenthal [ ]  Bern [ ]  Meggen LU [ ]  St. Gallen SG

**Angaben Patientin/Patient**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  | **Geburtsdatum:** |  |
| **Strasse:** |  | **PLZ / Ort:** |  |
| **Kanton:** |  |  |  |
| **Telefon Festnetz:** |  | **Mobiltelefon:** |  |
| **Mail-Adresse:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Grund-****versicherung** |  | **VeKa-Nr.**  | 8075-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |
| **Zusatz-****versicherung** |  | **VeKa-Nr.** | 8075-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ |

[ ]  Allgemein [ ]  Allgemein ganze CH [ ]  Halbprivat [ ]  Privat

**Diagnose / Einweisungsgrund**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bisherige Behandlung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Aktuelle Medikation**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Datum, Unterschrift:**

*Bitte senden Sie die Zuweisung und allfällige Verlaufsberichte digital an* *dispo@klinik-sgm.ch**. Herzlichen Dank.*