**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*](mailto:dispo@klinik-sgm.ch)*. Herzlichen Dank.*