**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** |  |
| **Krankenkassenkartennummer: 8075 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | |

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**