**Zuweisung zur**

**psychiatrischen / psychosomatischen Behandlung**

stationär  ambulant

**Patientin/Patient**

Name       Vorname

Adresse (gesetzlicher Wohnsitz)

Geb.-Datum       Tel.       Natel

Grundversicherung       Vers. Nr.

Zusatzversicherung       Vers. Nr.

Allgemein ganze CH  Halbprivat Privat

Ort für Abklärungs- und Beratungsgespräch:  Langenthal  Bern

**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**