**Ambulante Zuweisung**

**Ambulatorium** *(Bitte nur einen Standort auswählen!)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Langenthal BE | Bern BE | Spiez BE | St. Gallen SG | Meggen LU  Basel (Bettingen) BS |

**Zuweiser/in:** *Hausärztin/Hausarzt:*

*ist Zuweiser/in*  *ist über diese Anmeldung informiert*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ärztin/Arzt**  **Spital/Klinik**  **Strasse, Nr.**  **PLZ, Ort**  **E-Mail**  **Telefon** | Hier klicken oder tippen | *Ärztin/Arzt*  *Praxis*  *Strasse, Nr.*  *PLZ, Ort*  *E-Mail*  *Telefon* | Hier klicken oder tippen |
| Hier klicken oder tippen | Hier klicken oder tippen |
| Hier klicken oder tippen | Hier klicken oder tippen |
| Hier klicken oder tippen | Hier klicken oder tippen |
| Hier klicken oder tippen | Hier klicken oder tippen |
| Hier klicken oder tippen | Hier klicken oder tippen |

**Angaben Patient/in:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** | Hier klicken oder tippen | **Geburtsdatum:** | Hier klicken oder tippen |
| **Strasse:** | Hier klicken oder tippen |  |  |
| **PLZ / Ort:** | Hier klicken oder tippen | **Kanton:** | Hier klicken oder tippen |
| **Telefon Festnetz:** | Hier klicken oder tippen | **Mobiltelefon:** | Hier klicken oder tippen |
| **E-Mail:** | Hier klicken oder tippen |  |  |
|  |  |  |  |
| **Grundversicherung:** | Hier klicken oder tippen | **Nummer Versicherungs-karte**  (bitte ausfüllen) | 8075-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ |
| **Zusatzversicherung:** | Hier klicken oder tippen | 8075-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ |

**Hausarztmodell** (HA muss Zuweiser/in sein)  **Freie Arztwahl** (Zuweisungsgrund unten angeben)

**Behandlungsgrund**:  Krankheit  Unfall

Wie wichtig ist der Einbezug des christlichen Glaubens in die Therapie?  sehr wichtig  unwichtig  egal

Wenn möglich, wird die Therapie durch eine  **weibliche** Fachperson  **männliche** Fachperson, gewünscht.

|  |  |
| --- | --- |
| **Psychiatrische Diagnose(n) nach ICD:** | Hier klicken oder tippen |
| **Zuweisungsgrund:** | Hier klicken oder tippen |
| **Bisherige Behandlung:** | Hier klicken oder tippen |
| **Therapieziel:** | Hier klicken oder tippen |
| **Aktuelle Medikation:** | Hier klicken oder tippen |
| **Datum, Unterschrift und Stempel des Zuweisers** | Hier klicken oder tippen |

**Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular per E-Mail oder per Post zu übermitteln.**

*Per E-Mail: dispoamb@klinik-sgm.ch*

*Per Post: Klinik SGM Langenthal, Patientendisposition ambulant, Weissensteinstrasse 30, 4900 Langenthal*