**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*