

**Zuweisung zur stationären Rehabilitation Psychosomatik / Psychiatrie**

Psychosomatik

Psychiatrie

Allgemein

Halbprivat

Privat

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Grundversicherung &amp; Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung &amp; Nr. \_\_\_\_\_

**Fragen an zuweisende/n Arzt/Ärztin/Spital****1. Zuweisungsgrund**

Krankheit

Unfall

Unfalldatum \_\_\_\_\_

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Eintritt zum nächstmöglichen Termin

Geplante Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_

**2. Diagnose und Krankheitsbild****3. Anamnese jetziges Leiden****4. Medikamente**

Nein

Ja (Wenn ja, bitte Medikationsliste mitschicken.)

**Bitte Dokumente (Medikationsliste, Arztberichte, Austrittsberichte etc.) ergänzend mitschicken. Danke.****5. Bestand in der Vergangenheit eine Suchterkrankung?**

Ja welche: \_\_\_\_\_

Nein

**6. Wie schätzen Sie die Deutschkenntnisse Ihrer Patientin/Ihres Patienten ein?**

Sehr gut

gut

Grundkenntnisse

Keine

**7. Welche Sprache wird für die Psychotherapie bevorzugt?**

Deutsch

andere \_\_\_\_\_

Name zuweisende/r Arzt/Ärztin/Spital \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_