

## Ärztliche Zuweisung

Der Patient wird durch uns für ein Vorgespräch kontaktiert.

Die Kostengutsprache holen wir gerne ein. Falls bereits eine Kostengutsprache vorliegt, bitten wir Sie, uns eine Kopie beizulegen.

### Zuweiser

<b>Arzt/Therapeut</b>	Telefon
<b>Praxis/Klinik</b>	Fax
Strasse, Hausnummer	E-Mail
PLZ, Ort	<b>GLN-Nr.</b>
	<b>ZSR-Nr.</b>

### Angaben zur Einweisung

<b>Einweisungs-Grund</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<b>Bereits Patient der Klinik?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Behandlungsbereich</b>	<input type="checkbox"/> Psychiatrie / Psychotherapie		<b>Aufenthaltort vor Eintritt</b>	<input type="checkbox"/> zu Hause	
	<input type="checkbox"/> ambulante Schlafmedizin			<input type="checkbox"/> im Spital	
	<input type="checkbox"/> stationäre Schlafmedizin			<input type="checkbox"/>	

### Patient

<b>NAME</b>	<b>AHV-Nr.</b>		
Vorname	Zivilstand		
<b>Geburtsdatum</b> (TT.MM.JJJJ)	Nationalität		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Muttersprache
Strasse, Hausnummer	Beruf		Telefon Privat
PLZ, Ort	Mobile		
E-Mail Privat			

### Versicherung

<b>Grundversicherung</b>	Name:	Versicherten-Nr.
	Ort:	Karten-Nr.
Versicherungsmodell	<input type="checkbox"/> freie Arztwahl	<input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell (HMO/Tel Doc/Med Gate)

<b>Zusatzversicherung</b>	<input type="checkbox"/> keine		
Versicherungs-Klasse	<input type="checkbox"/> Ganze Schweiz, allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
weitere Zusätze	<input type="checkbox"/> Komplementär-Medizin	<input type="checkbox"/> Unfall	
	(wenn nicht identisch mit Grundversicherung)		
	Name:	Versicherten-Nr.	
	Ort:	Karten-Nr.	

### Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiser)

Hausarzt	Adresse
----------	---------

# Ärztliche Zuweisung

## Diagnose

---

## Zuweisungsgrund

---

## Bisherige Therapien und stationäre Aufenthalte

---

## Aktuelle Medikation mit Dosierung (ggf. Verordnungsschema beilegen)

---

Besteht eine Unverträglichkeit oder Abhängigkeit?

- Nein  Ja, welche:
- 

## Beilagen

---

Wir bitten Sie um Zustellung von Berichten und Laborbefunden:

- keine Beilagen  Laborbefund  Berichte  Kostengutsprache

## Datenschutz

---

Aus Gründen des Datenschutzes bitten wir Sie sensitive Daten wie Patientenmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform HIN (Health Info Net) einzureichen. Die Daten werden verschlüsselt übermittelt. Sie finden die Seeklinik Brunnen im HIN-Verzeichnis. Unsere HIN-Mailadresse lautet **empfang.seeklinik-brunnen@hin.ch**

## Unterschrift Zuweiser

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ärztlich verordnet durch (Stempel, Unterschrift)