

Zuweisung von Patienten

Der Patient/die Patientin 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

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

Angaben über die Zuweisung

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

Patient

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

Versicherung

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

Zusatzversicherung	<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
----------	---------

Zuweisung von Patienten

Diagnosen (ICD-10)

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) an patadmin@seeklinik-brunnen.ch einzureichen.

Unterschrift Zuweiser

Ort, Datum

Verordnet durch (Stempel, Unterschrift)