

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

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		Aufenthaltsort 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	Muttersprache
Strasse, Hausnummer	Beruf		Telefon Privat
PLZ, Ort	Mobile		
E-Mail Privat			

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
----------	---------

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) an **info@seeklinik-brunnen.ch** einzureichen.

Unterschrift Zuweiser

Ort, Datum

ärztlich verordnet durch (Stempel, Unterschrift)