

Zuweiserformular Psychosomatik

Ausgefülltes Formular bitte an:

patientenanmeldung@oberwaid.ch (HIN-secured)

Fax: + 41 71 282 0719

Für Fragen: +41 71 282 0714

Allgemein Halbprivat Privat

Anrede Herr Frau

Name

AHV-Nr.

Vorname

KK-Grundversicherung

Adresse

Grundversicherungs-Nr.

PLZ, Ort

KK-Zusatzversicherung

Geburtsdatum

Zusatzversicherungs-Nr.

Telefon

Mobil

Angaben des einweisenden Arztes / Spitals

Arzt / Spital

Hausarzt

Name

Name

Adresse

Adresse

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon

Telefon

Behandlungsbeginn Dringlich

Grund der Dringlichkeit

Diagnose(n) / Defizit

Begleiterkrankung(en)

Krankheitsentwicklung

Bisherige Behandlung

Medikation

Behandlungsziele

- Psycho-physische Stabilisierung
- Behandlung der depressiven Symptomatik
- Behandlung der Angstsymptomatik
- Besserung der körperlichen Beschwerden
- Verbesserung der Regulations- und Steuerungsfähigkeit
- Verbesserung der Teilhabefähigkeit (sozial, beruflich)
- weiterer Behandlungsauftrag

Begründung der Spitalbedürftigkeit

- Abklärungsbedarf
- Bewegungsbehinderung
- Intensive Behandlungsbedürftigkeit
- Ambulante Behandlung nicht möglich / nicht ausreichend
- Bedarf Hilfeleistung für Tagesstrukturierung / Essensbegleitung / allgemeine Aktivierung
- Lebt alleine
- Dysfunktionale soziale lebens- und Wohnverhältnisse
- Ablegener Wohnort / ambulante Therapie schwer bzw. nicht verfügbar

Arbeitsunfähigkeit Ja Nein Seit wann zu Prozent %

Ort und Datum

Ort
Datum

Arztstempel und Unterschrift