

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

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Mobil

E-Mail

AHV-Nr.

KK-Grundversicherung

Grundversicherungs-Nr.

KK-Zusatzversicherung

Zusatzversicherungs-Nr.

Angaben des einweisenden Arztes / Spitals

Arzt / Spital

Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Hausarzt

Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

Behandlungsbeginn ☐ Dringlich

Grund der Dringlichkeit

Diagnose(n) / Defizit (bitte ICD-10- oder DSM-5-Dodes angeben)

Begleiterkrankung(en)

Krankheitsentwicklung

Bisherige Behandlung

Medikation

Arbeitsunfähigkeit

☐

Ja

☐

Nein

Seit wann

zu Prozent

%

Tätigkeit, Pensum, Beginn, Prozent

Rehabilitationsziele

- ☐ Psycho-physische Stabilisierung
- ☐ Behandlung der Depressivsymptomatik
- ☐ Behandlung der Angstsymptomatik
- ☐ Behandlung der Schlafstörung
- ☐ Reintegration in das soziale Umfeld
- ☐ Berufliche Reintegration
- ☐ Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit

Begründung der Spitalbedürftigkeit

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

Ort und Datum

Ort

Datum

Arztstempel und Unterschrift