

ÄRZTLICHE ZUWEISUNG TAGESKLINIK

Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w
Strasse/Nr. _____
PLZ/Wohnort _____
Telefon P. _____ Mobile _____
Versicherungsstatus allgemein
 allgemein ganze CH Grundversicherung _____
 halbprivat Zusatzversicherung _____
 privat
Versicherungs Nummer(n) _____

**Diagnosen zuhanden des Kostenträgers,
Problemstellung**

Aktuelle Medikation

in meiner/unsere Behandlung seit: _____

Behandlungsauftrag

- Stabilisierung/Rückfallprophylaxe
- Intensivierte Behandlung (ambulant nicht ausreichend)
- andere, spezifische _____
- Tagesklinik 5 Tage (Montag - Freitag)
- Tagesklinik 3 Tage (Dienstag, Mittwoch und Freitag)

Dringlichkeit

so bald als möglich ab _____

Anmeldender Arzt

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Telefon G _____ Mobile _____

E-Mail _____

Datum, Stempel, Unterschrift

externe/r Fallführende/r (behandelnder Arzt)

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Telefon G _____ Mobile _____

E-Mail _____

Datum, Stempel, Unterschrift

Bemerkungen