

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				

Patient

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

Diagnosen (ICD-10)

.....

.....

.....

Zuweisungsgrund

.....

.....

.....

Bisherige Therapien und stationäre Aufenthalte

.....

.....

.....

Aktuelle Medikation mit Dosierung (ggf. Verordnungsschema beilegen)

.....

.....

.....

Besteht eine Unverträglichkeit oder Abhängigkeit?

Nein

Ja, welche:

Bemerkungen

.....

.....

.....

Beilagen

Wir bitten Sie um Zustellung von Berichten und Laborbefunden:

keine Beilagen

Laborbefund

Berichte

Kostengutsprache

Datenschutz und Anmeldung

Aus Gründen des Datenschutzes bitten wir Sie, sensitive Daten wie Patientenmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform **HIN** (Health Info Net) einzureichen an:

patadmin@brunnen.ameos.ch.

Unterschrift Zuweiser

Ort, Datum

Verordnet durch (Stempel, Unterschrift)