

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

Zuweisung von Patienten

Diagnosen (ICD-10)

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 patadmin@brunnen.ameos.ch einzureichen.

Unterschrift Zuweiser

Ort, Datum

Verordnet durch (Stempel, Unterschrift)