

Anordnung psychologische Psychotherapie

Für AMEOS Psychotherapie Luzern Sursee Zug Zürich

Die Patientin oder der Patient 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.

Zuweiserin oder Zuweiser (Ärztin oder Arzt / Therapeutin oder Therapeut)

| | | | |
|----------------------|-------|-------------------|-------|
| Name | ..... | Telefon | ..... |
| Praxis/Klinik | ..... | E-Mail (HIN-Mail) | ..... |
| Strasse, Hausnummer | ..... | GLN-Nr. | ..... |
| PLZ, Ort | ..... | ZSR-Nr. | ..... |

Angaben über die Zuweisung

Behandlungsfall Krankheit Unfall IV/MV

Patientin oder Patient

(* zivilrechtliche Wohnadresse)

| | | | |
|----------------------------------|---|----------------|-------|
| 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) | |

Hausärztin oder Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiserin oder Zuweiser)

| | | | |
|------|-------|---------|-------|
| Name | | Adresse | |
|------|-------|---------|-------|

Anordnung

Anordnung 1 * Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)

**Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden*

Anordnung 2 Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)
 Behandlung nach 30 Sitzungen

Behandlung/Anmerkungen

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:

- **Luzern:** luzern@ameos-psychotherapien.ch
- **Zug:** zug@ameos-psychotherapien.ch
- **Sursee:** sursee@ameos-psychotherapien.ch
- **Zürich:** zuerich@ameos-psychotherapien.ch

Unterschrift Zuweiserin oder Zuweiser (Ärztin oder Arzt / Therapeutin oder Therapeut)

Ort, Datum

Verordnet durch (Name, Praxis/Klinik, Unterschrift)