

Anordnung psychologische Psychotherapie

Für AMEOS Psychotherapie Zug

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, Hausnr.	.....	GLN-Nr.	.....
PLZ, Ort	.....	ZSR-Nr.	.....

Angaben über die Zuweisung

Behandlungsfall	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> IV/MV	<input type="checkbox"/>
-----------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

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, Hausnr.*	.....	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 *	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)
---------------	---	--

*Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden

Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen
-------------	---	---

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

.....
Ort, Datum

.....
Verordnet durch (Name, Praxis/Klinik, Unterschrift)

Diagnosen (ICD-10)

.....

.....

.....

.....

Zuweisungsgrund/Auftrag

.....

.....

.....

.....

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

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:

zug@ameos-psychotherapien.ch