

Anordnung psychologische Psychotherapie

für AMEOS Stadtpraxis Zug

*Pflichtfelder

Anordnende Ärztin/anordnender Arzt

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

Behandlungsgrund

Behandlungsfall* Krankheit Unfall IV/MV

Patientin/Patient

Bitte zivilrechtliche Wohnadresse angeben

Name*	.....	AHV-Nr.	.....
Vorname*	.....	Zivilstand	.....
Geburtsdatum*	.....	Nationalität	.....
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers	Beruf	.....
Strasse, Nr.*	.....	E-Mailadresse	.....
PLZ, Ort *	.....	Telefon*	.....

Versicherung

Grundversicherung*

Name Versicherten-Nr.*

Anordnung*

es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden

Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen

Unterschrift anordnende Ärztin/anordnender Arzt

Ort, Datum*

Unterschrift*

Zuweisungsgrund/Anmerkungen zur Behandlung

Aktuelle Medikation mit Dosierung

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 Patientenanmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform HIN (Health Info Net) einzureichen an:

zug@ameos-stadtpraxen.ch (HIN gesicherte E-Mailadresse)
