

# Zuweisungsformular

## ANGABEN PATIENTIN

Name  
Vorname  
Strasse  
PLZ, Ort  
Geburtsdatum  
E-Mail

Telefon P  
Telefon G  
Mobil  
Muttersprache  
Nationalität  
Zivilstand

## OPTIONAL: KONTAKTPERSON / BEISTAND

Name  
Telefon

## KRANKENVERSICHERUNG

### Grundversicherung

Versicherten-Nummer

### Zusatzversicherung

Versicherten-Nummer

**VERSICHERUNGSSTUFE:** Allgemein Halbprivat Privat Selbstzahler

**ZUWEISUNGSGRUND / DIAGNOSE (NACH ICD-10 UND IN STICHWORTEN):** Rechtsgrundlage: Freiwillig FU

Frühere psychiatrische Hospitalisationen: keine Klinik Meissenberg Andere Klinik:

Laufende ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung: ja nein

Vorgespräch erwünscht: ja nein Rückruf erwünscht? ja nein

**Gewünschtes Eintrittsdatum:**

## AKTUELLE MEDIKATION

siehe Beiblatt (Anm.: für umfangreichere Medikation)

Medikamentenname	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

## ZUWEISER

Institution  
Name, Vorname  
Facharzttitel  
Strasse / Postfach  
PLZ, Ort  
Telefon  
GLN-Nr.  
E-Mail

## HAUSARZT

Name, Vorname  
Facharzttitel  
Strasse / Postfach  
PLZ, Ort  
Telefon  
GLN-Nr.  
E-Mail

## DATUM DER ZUWEISUNG

## UNTERSCHRIFT

**Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte per Fax oder E-Mail (nur möglich mit Adobe Acrobat Pro) an:**

**Klinik Meissenberg AG** | Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen | Meissenbergstrasse 17 | Postfach 1060 | 6301 Zug  
klinik.meissenberg@hin.ch | Tel. +41 41 726 57 57 | Fax +41 41 726 57 90