

# Zuweisungsformular Clienia Schlössli AG

## Psychiatriezentrum Wetzikon

### Patientin / Patient (gesetzlicher Wohnsitz)

---

Name	Geschlecht
Vorname	Telefon
Strasse, Nr.	E-Mail
PLZ, Ort	Nationalität
Geb.datum	Institution

### Versicherung / Versicherungsstatus

---

Kostenträger

Gesetz	Versich.-Nr.	Versich.-Klasse
--------	--------------	-----------------

### Einweisungsstatus / Dringlichkeit / Behandlungsbereich

---

**Notfall** Bitte auch telefonisch anmelden 044 931 39 39 (keine Weiterbehandlung garantiert)

**Abklärung und Behandlung**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinpsychiatrie           | <input type="checkbox"/> Abhängigkeitspsychiatrie | <input type="checkbox"/> Alterspsychiatrie (> 65 Jahre) |
| <input type="checkbox"/> Konsiliar & Liaisonpsychiatrie |   |   |

**Spezialprechstunde**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Memory Clinic | <input type="checkbox"/> ADHS                                     | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie  |
| <input type="checkbox"/> Schlafmedizin | <input type="checkbox"/> Trauma                                   | <input type="checkbox"/> Gynäkopsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Bariatrie     | <input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlung (OAT und HeGeBe) |  |

**Bitte beachten Sie, dass keine externen Anordnungen zur psychologischen Psychotherapie angenommen werden. Sie können die Patienten wie bisher regulär zuweisen und ggf. erstellen wir dann eine interne oder externe Anordnung zur psychologischen Psychotherapie.**

### Medizinische Angaben

---

Diagnosen nach ICD10

---

## Medizinische Angaben

---

Zuweisungsgrund

Behandlungsziele / Behandlungsauftrag

Besondere Aspekte *wie somatisches; Pflegebedürftigkeit; Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG/GgV 404/407*

Aktuelle Medikation *falls vorhanden aktuelle Medikationsliste beilegen*

**Medikamentenname | Dosierung | morgens | mittags | abends | nachts**

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

---

Datum

Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

Tel.  
GLN  
E-Mail

Fax  
ZSR

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Clenia Psychiatriezentrum Wetzikon.