

Zuweisungsformular Senioren Clenia Littenheid AG

Patientin / Patient (gesetzlicher Wohnsitz)

Name _____ Geschlecht weiblich männlich
Vorname _____ Telefon _____
Strasse / Nr. _____ E-Mail _____
PLZ / Ort _____ Nationalität _____
Geburtsdatum _____ Institution _____

Versicherungsstatus allgemein allgemein ganze Schweiz halbprivat privat

Garant _____ VEKA-Nr. _____ Versicherungs-Nr. _____

Garant _____ VEKA-Nr. _____ Versicherungs-Nr. _____

Gesetzlicher Vertreter/in (falls vorhanden) oder nächste Bezugsperson

Sorgeberechtigte/r Beistand/Beiständin Bezugsperson, nämlich _____

Name _____ Adresse _____

Vorname _____ Telefon _____

Einweisungsstatus / Dringlichkeit

Freiwillig FU ärztlich FU behördlich

Elektiv: Gewünschter Eintrittstermin: _____ Notfall: Bitte auch telefonisch anmelden **0848 92 92 92**

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name _____ Institution _____

Vorname _____ Telefon _____

Strasse / Nr. _____ E-Mail _____

PLZ / Ort _____ ZSR-Nr. _____

EAN-Nr. _____

Medizinische Angaben

Zuweisungsgrund Alterspsychiatrie und –psychotherapie (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> Beratungsgespräch (auch für Angehörige) |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Orientierungsstörung | <input type="checkbox"/> Abhängigkeitsproblematik |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörung | <input type="checkbox"/> Depression / Angst |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizit /
Konzentrationschwäche | <input type="checkbox"/> Psychose |
| <input type="checkbox"/> komplexere Denkfunktionen | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Problematik |
| <input type="checkbox"/> Unselbständigkeit im Alltag | <input type="checkbox"/> Anderes (bitte notieren) |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten | |

Zuweisungsgrund Neuropsychologie (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Abklärung der kognitiven
Funktionen | <input type="checkbox"/> Abklärung bei psychiatrischen oder
neurologischen Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Verdacht auf ADHS / ADS | <input type="checkbox"/> Abklärung der Fahreignung |
| <input type="checkbox"/> Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung | <input type="checkbox"/> Symptomvalidierung (Verdacht auf
Aggravation / Simulation) |
| <input type="checkbox"/> Verdacht auf eine Entwicklungsstörung
schulischer Fertigkeiten (Dyslexie / Dyskalkulie) | <input type="checkbox"/> Anderes (bitte notieren) |
| <input type="checkbox"/> Abklärung des Intelligenzniveaus | |

Diagnosen nach ICD 10

Bereits im Vorfeld durchgeführte Untersuchungen

- Labor EKG (nicht älter als 6 Mte.) CT MRI EEG SPECT / PET

Bitte legen Sie relevante Befunde bzw. Berichte der Anmeldung bei bzw. senden Sie uns diese per E-Mail oder Post zu.

Behandlungsziele / Behandlungsauftrag

Besondere Aspekte

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

Aktuelle Medikation bzw. aktuelle Medikationsliste beilegen

Medikamentenname	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Gewünschter Behandlungsort ambulant

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alterstagesklinik Frauenfeld | <input type="checkbox"/> Demenzberatungsstelle Sirnach |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Alterspsychiatrie Frauenfeld | <input type="checkbox"/> Memory Clinic Frauenfeld |
| <input type="checkbox"/> Demenzberatungsstelle Diessenhofen | |

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte

per Post: Clenia Littenheid AG
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
ZIP Zentraler Infopoint Psychiatrie
Dorfstrasse 1
9573 Littenheid

oder

per E-Mail: zip@clenia.ch

oder

per Fax: 071 929 60 31