

## Zuweisungsformular Clenia Schlössli, Oetwil am See, stationär

### Patientin / Patient (gesetzlicher Wohnsitz)

Name	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Vorname		<input type="checkbox"/> divers	
Strasse / Nr.	Telefon		
PLZ / Ort	E-Mail		
Wohnkanton	Nationalität		
Geburtsdatum	Institution		
<b>Versicherungsstatus</b>	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler

#### 1. Garant (Grundversicherung)

Name	Vers.-Nr.
------	-----------

#### 2. Garant (Zusatzversicherung) insbesondere bei ausserkantonalen Patienten relevant

Name	Vers.-Nr.
------	-----------

Kostengutsprache durch Kantonsarzt des Wohnkantons

### Gesetzlicher Vertreter/in (falls vorhanden) oder Bezugsperson

<input type="checkbox"/> Angehörige/r	<input type="checkbox"/> Beistand/Beiständin
Name	Adresse
Vorname	Telefon

### Einweisungsstatus / Dringlichkeit

<input type="checkbox"/> Notfall	Anmeldung immer auch telefonisch über <b>Triagetelefon 044 929 83 33</b>
	<input type="checkbox"/> Freiwillig <input type="checkbox"/> FU ärztlich <input type="checkbox"/> KESB FU <input type="checkbox"/> KJPP (Name)
<input type="checkbox"/> Elektiv	Gewünschtes Eintrittsdatum

Bei Anmeldung von Patientinnen und Patienten zu einem elektiven Klinikeintritt bitten wir Sie, als zuständige Einweiserin/ zuständigen Einweiser, mit uns unaufgefordert erneut Kontakt aufzunehmen, sobald das Zustandsbild Ihrer Patientin/ Ihres Patienten soweit verändern sollte, dass ein notfallmässiger Eintritt notwendig erscheint, den wir in diesem Fall – bei gegebener regionaler Zuständigkeit – vorzugsweise innerhalb von 12-24 Stunden bewerkstelligen bzw. in eine andere Klinik umleiten würden.

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

---

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
E-Mail	Telefon

---

**Weitere ambulante Behandler/innen**

---

<input type="checkbox"/> Psychiater/in	<input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt
Name	Telefon	
Strasse / Nr.	PLZ / Ort	

---

**Medizinische Angaben**

---

**Diagnosen (ICD 10) – zwingend bei HP- / P-Versicherten oder ausserkantonalen Patienten**

---

---

**Zuweisungsgrund / aktuelle Situation / bisherige Behandlung**

---

---

**Behandlungsziele / -auftrag**

---

---

**Besondere Aspekte** (Somatisches Zustandsbild, Geburtsgebrechen, Pflegebedürftigkeit, Mobilitätsgrad, Patientenverfügung etc.)

---

---

**Aktuelle Medikation** bzw. aktuelle Medikationsliste beilegen

<b>Medikamentenname</b>	<b>Dosierung</b>	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>	<b>nachts</b>
z.B. Panadol	z.B. Tbl. à 500 mg	z.B. 1	z.B. 0.5	z.B. 0.5	z.B. 0

**Kontaktpersonen** (Partner, Angehörige und andere)

1. Adresse	2. Adresse
Name / Vorname	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon	
Verwandtschaftsgrad	

Ort / Datum	Stempel / Unterschrift
-------------	------------------------

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte

<b>per Post</b>	Clenia Schössli AG Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Triagestelle Schösslistrasse 8 8618 Oetwil am See
-----------------	--

oder

<b>per E-Mail</b>	<a href="mailto:triage.schloessli@clenia.ch">triage.schloessli@clenia.ch</a>
-------------------	--

oder

<b>per Fax</b>	044 929 83 88
----------------	---------------