

## Zuweiserformular Psychosomatik

Ausgefülltes Formular bitte an:

[patientenanmeldung@oberwaid.ch](mailto:patientenanmeldung@oberwaid.ch) (HIN-secured)

Fax: + 41 71 282 0709

Für Fragen: +41 71 282 0714

Allgemein     Halbprivat     Privat

Anrede     Herr     Frau

Name	<input type="text"/>	AHV-Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	KK-Grundversicherung	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Grundversicherungs-Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>	KK-Zusatzversicherung	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Zusatzversicherungs-Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		
Mobil	<input type="text"/>		

### Angaben des einweisenden Arztes / Spitals

**Arzt / Spital**

Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

**Hausarzt**

Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

**Behandlungsbeginn**     Dringlich

Grund der Dringlichkeit

**Diagnose(n) / Defizit**

**Begleiterkrankung(en)**

**Krankheitsentwicklung**

**Bisherige Behandlung**

**Medikation**

## Behandlungsziele

- Psycho-physische Stabilisierung
- Behandlung der depressiven Symptomatik
- Behandlung der Angstsymptomatik
- Besserung der körperlichen Beschwerden
- Verbesserung der Regulations- und Steuerungsfähigkeit
- Verbesserung der Teilhabefähigkeit (sozial, beruflich)
- weiterer Behandlungsauftrag

## Begründung der Spitalbedürftigkeit

- Abklärungsbedarf
- Bewegungsbehinderung
- Intensive Behandlungsbedürftigkeit
- Ambulante Behandlung nicht möglich / nicht ausreichend
- Bedarf Hilfeleistung für Tagesstrukturierung / Essensbegleitung / allgemeine Aktivierung
- Lebt alleine
- Dysfunktionale soziale lebens- und Wohnverhältnisse
- Ablegener Wohnort / ambulante Therapie schwer bzw. nicht verfügbar

Arbeitsunfähigkeit  Ja  Nein Seit wann  zu Prozent  %

## Ort und Datum

Ort   
Datum

## Arztstempel und Unterschrift