Ärztliches Anmeldeformular

Personalien Patientin/Patient

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Geb. Datum |  |
| Vorname |  | Mobile Nr. |  |
| Adresse |  | Tel. Nr. |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail |  |
| Krankenkasse |  | Versicherungs-Nr. |  |
| Karten-Nr. |  | | |
| Status | Allgemein  Allg. ganze Schweiz  Halbprivat  Privat | | |

Einweisung zum Vorgespräch für die Psychotherapie

Einweisung zur Krisenintervention

|  |
| --- |
| Kostengutsprache einholen  Kostengutsprache vorhanden (bitte Kopie beilegen)  Termin mit Patientin/Patient direkt vereinbaren |

Einweisungsgrund/Diagnose

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt | Datum |

Psychiatriezentrum für junge Erwachsene, Privatklinik Meiringen AG

Frutigenstrasse 36A, 3600 Thun

E-Mail [pzje@privatklinik-meiringen.ch](mailto:pzje@privatklinik-meiringen.ch)