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