PSYCHIATRIEZENTRUM FÜR JUNGE ERWACHSENE THUN

Privatklinik Meiringen

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