**Zuweisung durch Fachpersonen**

Als Ärztin, Therapeutin, Spital oder andere Fachpersonen können Sie Patient:innen direkt an uns zuweisen. Hier finden Sie alle Informationen und das passende Formular. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung.

**Angaben zur Fachperson**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anrede | Vorname | Nachname |
|  |  |  |
| Telefon | **E-Mail** | **Institution** |
|  |  |  |

**Angaben zum Patienten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anrede | Vorname | Nachname |
|  |  |  |
| Strasse | **Postleitzahl** | **Wohnort** |
|  |  |  |
| Telefon | **E-Mail** | **Geburtsdatum** |
|  |  |  |
| Krankenkasse | **Krankenkassennummer** | **Hausarztmodell** |
|  |  |  |

**Angaben der sorgeberechtigen Personen (bei Kindern und Jugendlichen)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sorgeberechtigte Person 1** | **Sorgeberechtigte Person 2** |
| **Anrede** |  |  |
| **Vorname** |  |  |
| **Nachname** |  |  |
| **Strasse** |  |  |
| **Postleitzahl**  |  |  |
| **Telefon** |  |  |
| **E-Mail** |  |  |
| **Verwandtschaftsverhältnis** |  |  |

**Angaben zur Problematik**

|  |
| --- |
| Anmeldegrund  |
|  |
| Für welche Behandlung möchten Sie anmelden? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🗌 Ambulant | 🗌 Stationär | 🗌 Jugend- und Familienberatung  | 🗌 Sozialberatung |
| 🗌 Tagesklinik | 🗌 Spitex | 🗌 Ich bin mir nicht sicher |  |

**Weitere Angaben (falls vorhanden)**

|  |
| --- |
| Diagnosen |
|  |
| Medikation |
|  |
| Vorerkrankungen |
|  |
| Weitere involvierte Personen (Therapeuten, Jobcoach, Spitex, etc.) |
|  |

**Haben Sie Fragen? Unsere Patientenadministration ist gerne für Sie da.**

Telefon: +41 (0)55 646 41 00

Email: anmeldung@pdgl.ch