



## Zuweisung

### Angaben zum Patient

Name	Telefon	
Vorname	Mobile	
Strasse, Nr	E-Mail	
PLZ, Ort	Geburtsdatum	Geschlecht

<input type="checkbox"/> Allgemein	Krankenkasse	Versicherten-Nr.
<input type="checkbox"/> 2er P		
<input type="checkbox"/> 1er P	Hausarzt	<input type="checkbox"/> Krankheit
<input type="checkbox"/> Unklar		<input type="checkbox"/> Selbstzahler

### Diagnosen

### Medikamente

### Zuweisungsgrund / Behandlungsauftrag

Gewünschtes Behandlungssetting:  ambulant  
 stationär  
 Tagesklinik (nur im Kanton SH wohnhafte Patienten/-innen)

**Beilagen** (z.B. aktuelle Laborwerte) bitte an sekretariat.psychiatrie@spitaeler-sh.ch senden

Direktes Aufgebot des Patienten erwünscht ?  Ja  Nein  
Kontaktaufnahme mit Zuweiser gewünscht ?  Ja  Nein

### Zuweiser

Tel.	Fax
GLN	ZSR
Mail	
Datum	

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.