

Anmeldung für Zuweiser

Bitte vollständig ausfüllen.

Eintrittsart

Vorherige Hospitalisation

Ja Nein

Name Klinik

Patientin/Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Nationalität

Umgangssprache

Strasse, Nr.

Dolmetscher nötig?

Ja Nein

PLZ, Wohnort

Tel-Nr. Privat

E-Mail

Tel-Nr. Natel

Kanton

Zivilstand

Ausserkantonale

Teilweise benötigt es bei ausserkantonale Patienten vom Kantonsarzt eine Kostengutsprache. Bitte beachten Sie unbedingt die Referenztarife. Bei Unklarheiten steht Ihnen unsere Patienten-anmeldung zur Verfügung:

E-Mail: patientenanmeldung.klinik@triaplus.ch

Telefon: 041 726 33 01

Antrag an Kantonsarzt bereits eingereicht?

Ja Nein

Beistandschaft

Ja Nein

Name/Vorname

Adresse

Tel-Nr.

Amt für Asylwesen

Ja Nein

Name/Vorname

Adresse

Tel-Nr.

Krankenkasse/Versicherung

Versicherungsstatus

Grundversicherung

Nummer

Zusatzversicherung

Nummer

Zuweisungsgrund/Diagnose (nach ICD-10 und in Stichworten)

Somatische Erkrankungen

Laufende ambulante psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung Ja Nein

Wenn ja, welche und wo?

Gefährdung Suizidalität Ja Nein Fremdgefährdung Ja Nein

Substanzen Alkohol illegale Drogen Medikamente Bemerkung:
Internetkonsum/Sozialmedia Spielsucht

Erhöhter pflegerischer Betreuungsbedarf? Ja Nein

Wenn ja, welcher?

Medikation (siehe Beiblatt für umfangreichere Medikation)

Medikamentenname	Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Seit wann

Reservemedikation (aktuelle)

Medikamentenname	Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Seit wann

Zuweiser

Zuweiser Andere

Name Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon GLN/ZSR Nr.

E-Mail Name der Institution

Ich wünsche die Übermittlung aller Berichte per E-Mail (HIN-verschlüsselt).

Datum Zuweiser

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: patientenanmeldung.klinik@triaplus.ch.
Die Mailübermittlung muss verschlüsselt, z. B. via HIN erfolgen.

Fakultative Angaben

Arbeitgeber		Tel-Nr.	
Angehörige		Tel-Nr.	
Hausarzt		Tel-Nr.	
Anzahl Kinder			
Wohnsituation		<input type="checkbox"/> Andere	
Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsbildung			
Berufsausbildung		Ausübender Beruf	
Beschäftigungsgrad		%	
Rentenbezug	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Andere
Patientenverfügung vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ablageort	
Konfession		Andere	
Aufenthaltsstatus			

Beilagen

Berichte wie z. B. Medikamentendossierung, somatisch/Spitalberichte, EKG, Labor- und Bildgebungsbefunde senden Sie bitte als PDF mit.

Bildgebende Daten wie CT/MRI stellen Sie uns bitte mit der Post zu:

Triaplus AG
Klinik Zugersee
Ärztliche Leitung
Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug