**Zuweisung durch:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Arzt/Ärztin Psychotherapeut/in** | Hier klicken oder tippen |
| **Institution** | Hier klicken oder tippen |
| **E-Mail** | Hier klicken oder tippen |
| **Ort** | Hier klicken oder tippen |
| **Telefon** | Hier klicken oder tippen |

Bitte ankreuzen:

**□ Die aufsuchende Weiterbehandlung ist indiziert** (nicht-ärztliche ambulante Leistung in der Psychiatrie 02.04) **und der/die Patientin ist mit einer aufsuchenden Weiterbehandlung einverstanden**

**Angaben Klient/in:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** | Hier klicken oder tippen | **Geburtsdatum:** | Hier klicken oder tippen |
| **Telefon:** | Hier klicken oder tippen | **E-Mail:** | Hier klicken oder tippen |
| **Grundversicherung:** | Hier klicken oder tippen | **Veka Nummer**  **Versicherungskarte** | 807560xxxxxxx (mit 20 Ziffern)  Hier klicken oder tippen |

**(Psychiatrische) Diagnose(n):** Hier klicken oder tippen(zwingend erforderlich)

**Zuweisungsgrund:** (bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Anhaltende Instabilität des Krankheitsverlaufs trotz regelmässiger ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung

☐ Komplexe psychosoziale Belastungssituation, die im ambulanten Setting nicht ausreichend aufgefangen werden kann

☐ Wiederholte Krisen oder Dekompensationen, welche eine engmaschigere Begleitung erfordern

☐ Schwierigkeiten in der Krankheitsbewältigung oder mangelnde Behandlungsadhärenz im rein ambulanten Rahmen

☐ Erhöhter Bedarf an strukturierter, multidisziplinärer Betreuung (inkl. sozialer und alltagspraktischer Unterstützung)

☐ Andere:…………………….…………..(bitte angeben, weshalb ambulante Psychotherapie nicht ausreicht)

**Aktuelle Medikation:** Hier klicken oder tippen

***(Optional) Therapieziel und bisherige Behandlung:*** Hier klicken oder tippen

**Datum: …………………………………… Unterschrift: …………………………………………**