

## Zuweisung Ambulante Dienste

### Integriert psychiatrische Behandlung (die Behandlungen erfolgen ausschliesslich ärztlich)

- Psychiatrische Erstabklärung
- Begleitende integriert psychiatrische psychotherapeutische Behandlung bei bestehender Psychotherapie (z. B. medikamentöse Einstellung)
- Begleitende integriert psychiatrische Behandlung bei bestehender hausärztlicher Behandlung (z. B. medikamentöse Einstellung)
- Überprüfung einer laufenden, angeordneten Psychotherapie nach 15 Sitzungen (Patientin/Patient wird eingeladen)
- Überprüfung einer laufenden, angeordneten Psychotherapie nach 30 Sitzungen (Patientin/Patient wird eingeladen)

Bitte Therapiebericht und allfällige Laborwerte, Bildgebungen etc. beilegen

### Selbstzuweiserin/Selbstzuweiser

- Ich bin Selbstzuweiserin/Selbstzuweiser und wünsche einen Ersttermin

### Zweitmeinung (second opinion)

- Psychiatrische Zweitmeinung
- Psychiatrische Zweitmeinung komplex (Aktenumfang mehr als 5 Seiten)

### Interventionelle Psychiatrie

- TMS (Beratungsgespräch, Indikationsstellung, Behandlung oder Wiederaufnahme bei Behandlungsunterbruch)

### Zuweiserin oder Zuweiser (Ärztin oder Arzt / Therapeutin oder Therapeut)

<b>Name</b>	.....	<b>Telefon</b>	.....
<b>Praxis/Klinik</b>	.....	<b>E-Mail (HIN-Mail)</b>	.....
Strasse, Nr.	.....		
PLZ, Ort	.....		

### Patientin oder Patient

(\* zivilrechtliche Wohnadresse)

<b>Name</b>	.....	<b>AHV-Nr.</b>	.....
Vorname	.....	<b>Geburtsdatum</b>	.....
Strasse, Nr. *	.....	<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weibl <input type="checkbox"/> männl <input type="checkbox"/> div
PLZ, Ort *	.....	<b>Telefon Privat</b>	.....
E-Mail Privat	.....	<b>Mobile</b>	.....

## Versicherung

**Grundversicherung** Name: ..... Versicherten-Nr. ....  
Ort: ..... Karten-Nr. ....  
Versicherungsmodell  freie Arztwahl  Hausarzt-Modell (HMO/Tel Doc/Med Gate)  
 Unfall

## Hausärztin oder Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiserin oder Zuweiser)

Name ..... Adresse .....

## Diagnosen (ICD-10)

## Bemerkung

## Datenschutz und Anmeldung

Aus Gründen des Datenschutzes bitten wir Sie, sensitive Daten wie Patientenmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform **HIN** (Health Info Net) einzureichen an:  
[ambulatorium@brunnen.ameos.ch](mailto:ambulatorium@brunnen.ameos.ch)

## Unterschrift Zuweiserin oder Zuweiser (Ärztin oder Arzt / Therapeutin oder Therapeut)

.....  
Ort, Datum

.....  
Verordnet durch (Name, Praxis/Klinik, Unterschrift)