

Anmeldung

Personalien Patientin / Patient

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Fragestellung / Zuweisungsgrund

Psychiatrische Diagnosen

Psychiatrische oder psychosomatische Vorbehandlung

Relevante somatische Diagnosen

Aktuelle Medikation

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Praxis / Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

Hausärztin / Hausarzt (falls nicht identisch mit der zuweisenden Ärztin / dem zuweisenden Arzt)

Praxis / Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

Anmeldeformular bitte per E-Mail senden an: psy@kliniklengg.ch

Bitte folgende Unterlagen mitsenden:

- Vorberichte

1. Anmeldeformular auf Ihrem PC speichern. | 2. Formular ausfüllen. | 3. E-Mail-Programm öffnen. | 4. Formular und Unterlagen als Anhang hinzufügen.