|  |  |
| --- | --- |
| **Schlosspraxis Arbon** |  |
|  |  |
| Dr. med. Patrick Benjamin Maroof | T: +41 71 446 10 10 |
| Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie | F: +41 71 446 10 10 |
| Im Schloss | info@schlosspraxis-arbon.ch |
| 9320 Arbon | www.schlosspraxis-arbon.ch |

**Zuweisungsformular**

**Patientenangaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Name\*: | Vorname\*: |
| Geburtsdatum\*: | Geschlecht\*:  männlich  weiblich |
| Telefon\*: |
| Strasse, Nr.: | PLZ, Ort: |
| Krankenkasse: | Police-Nr: |

\*Notwendige Angaben

**Zuweiserangaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Zuweisender Arzt\*: | Hausarzt: |

\*Notwendige Angabe

**Klinische Angaben** *(Mehrfachnennungen möglich)*

**Zuweisungsgrund:**  Diagnostische Abklärung  Psychiatrisch-psychotherapeutische

Behandlung

Sonstiges

**Falls bereits eine (Verdachts-)diagnose besteht, so kreuzen Sie bitte im Folgenden die Diagnosegruppe an:**

Suchterkrankung  Gerontopsychiatrische Erkrankung  Angststörung

Depression  Schizophrenie/Psychose  Zwangsstörung

Anpassungsstörung  Psychosomatische Erkrankung  ADHS

Bipolare Störung  Borderline-Persönlichkeitsstörung  Essstörung

Traumafolgestörung  Sonstige Persönlichkeitsstörung  Sonstige

Aktuelle Medikation:

|  |
| --- |
|  |

Ggf. weitere Angaben:

|  |
| --- |
|  |

Bitte aufbieten  Patient meldet sich  Termin bereits vereinbart

Datum:

Unterschrift: