|  |  |
| --- | --- |
| **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: