

## Anmeldung Ambulatorium / Tagesklinik PZW

**Bereich**
**Ambulatorium**
 Ambulatorium

**Tagesklinik**
 Niederschwelliger Bereich (2-3 halbe Tage/Woche)

 Allgemeiner Bereich (4 halbe & 1 ganzer Tag bis max. 5 Tage/Woche)

 Alterspsychiatrischer Bereich (1-2 halbe Tage/Woche ab 60+)

**Patientin / Patient**

Name: ..... Geschlecht: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Strasse: ..... Krankenkasse: .....

PLZ / Ort: ..... Vers.-Nr.: .....

Telefon: ..... AHV-Nr.: .....

 Handy: ..... Hausarztmodell  Ja  Nein

E-Mail: .....

**Hausärztin/Hausarzt:** .....

**Ambulante/r Psychiater/in:** .....

**Diagnosen:** .....

 .....  
 .....  
 .....

**Problematik:** .....

 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Ziel des Patienten:** .....

 .....  
 .....  
 .....

**Zuweiser/in**

Name: ..... Telefonnummer: .....

Vorname: ..... Datum: .....

Institution: .....

 Bitte senden Sie diese Anmeldung an das Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland,  
 Hauptstrasse 27, 9477 Trübbach, **Tel. 058 178 72 00 / truebbach@psych.ch**
**Laufweg:** Archiv KG