

Formular Anmeldung Tagesklinik PZR

Tagesklinik allgemein
5 Tage pro Woche

Tagesklinik niederschwellig
2 Tage pro Woche

Patient / Patientin

Name: Geschlecht:
 Vorname: Geburtsdatum:
 Strasse: Krankenkasse:
 PLZ / Ort: Vers.-Nr.:
 Telefon: AHV-Nr.:
 Handy: Hausarztmodell Ja Nein

Hausarzt:

Beh. Psychiater:

Diagnosen:

Medikamente:

Problematik:

Besteht eine IV-Rente? Ja Nein

Wenn ja, wie viel Prozent?

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer?

Ziel des Tagesklinikaufenthaltes:

Zuweiser

Name: Telefonnummer:

Vorname: Datum:

Bitte senden Sie diese Anmeldung an das Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Balgacherstrasse 202, 9435 Heerbrugg, **Tel. 058 178 77 00 / Fax 058 178 77 32 / Mail: heerbrugg@psych.ch**

