

## Anmeldung Ambulatorien

Herisau Heiden Elektrokonvulsionstherapie

### Patientendaten

Name					Lediger Name
Vorname					Geburtsdatum
Strasse					PLZ/Ort
Telefon P					E-Mail
Geschlecht	männlich	weiblich			
Zivilstand:	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	
Nationalität					
Beruf					Arbeitgeber

### Garanten

Versicherungsklasse	allgemein	allgemein ganze Schweiz	halbprivat	privat
Garant 1 (Grundversicherung)			Vers.-Nr.	

### Zuweiser/-in

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

### Hausarzt/-ärztin

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

### Dringlichkeit

regulärer Termin	Notfall (Anmeldung bitte auch telefonisch an 071 353 81 99)
------------------	---

Bemerkungen \_\_\_\_\_



# Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden

## Medizinische Angaben

Zuweisungsgrund / Behandlungsauftrag

## Psychiatrische Diagnosen

## Somatische Diagnosen (ICD-10)

## Medikamente

Name

Dosierung

## Beilagen

Medikamentenblatt

Zuweisungsschreiben

Befunde:

anderes:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift

## Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Per Post an                   Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie AR  
                                  Ambulante Psychiatrische Dienste  
                                  Ärztliche Leitung  
                                  Kasernenstrasse 6 /Postfach  
                                  9102 Herisau

Per E-mail an                apd@svar.ch

Per Fax an                   071 353 81 96