

Ärztliches Einweisungszeugnis

Personalien Patient

Name		Geb. Datum	
Vorname		Mobile Nr.	
Adresse		Tel. Nr.	
PLZ / Ort		E-Mail	
Krankenkasse		Versicherungs-Nr.	
Karten-Nr.			
Status	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat

Einweisung zu einem stationären Aufenthalt

<input type="checkbox"/> Kostengutsprache einholen
<input type="checkbox"/> Kostengutsprache vorhanden (bitte Kopie beilegen)
<input type="checkbox"/> Termin mit Patientin oder Patient direkt vereinbaren

Einweisungsgrund/Diagnose

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

Einweisender Arzt

Stempel und Unterschrift	Datum .....
-----------------------------	----------------

Psychiatriezentrum für junge Erwachsene, Privatlinik Meiringen AG  
Frutigenstrasse 36A, 3600 Thun  
E-Mail: pzje@privatklinik-meiringen.ch