

## Anmeldung stationärer Aufenthalt

Zuweiser:

Name, Adresse, Telefonnummer

### **Angaben zum Patienten**

Name:

Geb.-Dat.:

Vorname:

Adresse:

AHV/SVN:

Tel.-Nr.:

Wie ist der Patient versichert?

Allgemein

halbprivat

privat

Zuweisungsgrund:

**Gewünschte Therapien:**

- Anpassung Pharmatherapie
- Psychotherapeutische Begleitung/Betreuung
- Logopädie
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung

**Dringlichkeit:**

- cito
- normal
- in den nächsten Monaten

**Bitte beifügen:**

- aktueller Bericht
- aktuelle Bildgebung mit Bericht
- aktuelles Labor

**!!Bitte senden sie uns dieses Formular ausgefüllt per E-Mail zu, so dass wir sie schnellstmöglich kontaktieren können!!**

E-Mail: [neurozentrum@siloh.ch](mailto:neurozentrum@siloh.ch)

Postadresse:

NeuroZentrum Siloah  
Worbstrasse312  
3073 Gümligen

