

Zuweiserformular Psychiatrische Tagesklinik Kreuzlingen

Ausgefülltes Formular bitte an folgende E-Mail-Adresse (HIN-secured) senden:

<mailto:tagesklinik.kreuzlingen@stgag.ch>

Bei Fragen können Sie uns unter folgender Telefonnummer kontaktieren:

[+41 \(0\)58 144 48 00](tel:+41581444800)

Patient: in

Anrede	Wählen Sie ein Element aus.
Name	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Vorname	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Adresse	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
PLZ Ort	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Geburtsdatum	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Telefon	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Mobil	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
E-Mail	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zuweisende Fachperson / Institut

Name	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Institut	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Adresse	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
PLZ Ort	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Telefon	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
E-Mail	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Voraussetzungen für die tagesklinische Behandlung

➤ Bitte bestätigen Sie, dass alle folgenden Kriterien erfüllt sind

Voraussetzung	erfüllt
Der Patient / die Patientin verfügt über zivilrechtlichen Wohnsitz (Schriften) im Kanton Thurgau	☐
Dem Patienten / der Patientin ist es möglich, an fünf Tagen pro Woche für 6 Stunden am multimodalen Therapieprogramm teilzunehmen	☐
Der Patient / die Patientin kann die Anreise in die Tagesklinik selbstständig bewältigen	☐

Zuweisungsgrund und Behandlungsziel**Diagnose(n)**

inkl. somatischer Diagnose(n)

Aktuelle Medikation**Involvierte Stellen / aktuelle Behandlungen**

(z.B. psychiatrisch, psychotherapeutisch, somatisch - ambulant oder stationär)

Besonderes / Hinweise zur Behandlung / zu berücksichtigende Aspekte