



Med. pract. J. Falk
Praktischer Arzt

Dr. med. Th. Flick
Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Dr. med. J. Rojas
Facharzt Kardiologie und Innere Medizin FMH
Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie

Dr. phil. klin. psych. J. Siegfried
Klinischer Psychologe und Supervisor

Ärztliches Zuweisungszeugnis

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Tel. priv.:

Tel. gesch.:

Nationalität::

Muttersprache:

Zivilstand:

Beruf:

Diagnose (n):

Aktuelle Beschwerden:

Bisherige Therapie:

Anmeldende (r) Ärztin / Arzt:

Datum, Unterschrift und Stempel

Wir bitten Sie, uns Unterlagen über Voruntersuchungen zuzustellen. Damit werden Doppelspurigkeiten und unnötige Kosten vermieden. Sämtliche Dokumente erhalten Sie mit unserem Schlussbericht zurück. **Die Ärztestatistik Santé Suisse in Solothurn erfasst diese Einweisung nicht.** Die Statistik erfasst gemäss Auskunft von Herrn M. Müller des ehem. Konkordates der schweizerischen Krankenversicherer nur rezeptierte Medikamente, veranlasste Laboruntersuchungen, Physiotherapien, Ergotherapien, Röntgen und ambulante Spalkkosten.

Hauptsitz:
Medizinisches Zentrum Geissberg
Haldenstr. 64, CH-8302 Kloten
Tel. 044 804 70 80, Fax 044 804 70 84

Interdisziplinäres, medizinisches
Rehabilitationszentrum für Psychosomatik
Löwenstrasse 12, CH-8001 Zürich
Tel. 044 228 70 80, Fax 044 228 70 84

Email: info@mzg.ch
www.mzg.ch

Indikationsliste für zuweisende Ärzte

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
Ihre Patientin/Ihr Patient ist motiviert, an einer 8 wöchigen Intensivtherapie zur Beeinflussung ihrer/seiner psychosomatischen Problematik teilzunehmen. Grundsätzlich besteht zwischen dem Medizinischen Zentrum Geissberg (Kloten) und dem Medizinischen Zentrum Löwenstrasse (Zürich) einerseits und Santé Suisse andererseits ein Vertrag, welcher die Kostenübernahme durch die Krankenkassen garantiert. Im Einklang mit den Vertragsbestimmungen und zur Unterstützung des jeweiligen Vertrauensarztes bei der Beurteilung der Leistungspflicht der Krankenkasse bitten wir Sie, unten in der ersten Spalte die auf Ihre Patientin/Ihren Patienten zutreffende Diagnose nach ICD-10 anzukreuzen. Dies gilt als Zusatz zum Einweisungszeugnis. Herzlichen Dank für Ihre Hilfe.

Bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Anorexia nervosa	F50.0, F50.1
<input type="checkbox"/>	Bulimia nervosa	F50.2, F50.3
<input type="checkbox"/>	Adipositas	E66, BMI>35(=Gewicht/Grösse in m ²)
<input type="checkbox"/>	Phobien, falls eine adäquate Vorbehandlung von 6 Monaten keinen Erfolg gezeigt hat.	F40 (phobische Störung)
<input type="checkbox"/>	Angststörung, falls eine adäquate Vorbehandlung von 6 Monaten keinen Erfolg gezeigt hat.	F41, sonstige Angststörungen
<input type="checkbox"/>	Depressionen, falls eine medikamentöse Behandlung keinen Erfolg gezeigt hat.	F32, mittlere, schwere depressive Episode
<input type="checkbox"/>	Depression, falls eine medikamentöse Behandlung keinen Erfolg gezeigt hat.	F33, rezidivierende depressive Störung; mittel, schwer
<input type="checkbox"/>	Depression, falls eine medikamentöse Behandlung keinen Erfolg gezeigt hat.	F34, Anhaltende affektive Störung
<input type="checkbox"/>	Depressionen, falls eine medikamentöse Behandlung keinen Erfolg gezeigt hat.	F43, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (auch bei dekompenziertem Tinnitus)
<input type="checkbox"/>	Zwangsstörungen	F42
<input type="checkbox"/>	Chronischer Schmerz, Schleudertrauma, Chronisches Krankheitsverhalten, Migräne, Kopfschmerzen, Colitis ulcerosa, Asthma, falls eine adäquate Vorbehandlung von 6 Monaten keinen Erfolg gezeigt hat.	G43, G44, F45, F54, S13.4, M54.1
<input type="checkbox"/>	Alkohol-/ Medikamenten-/ Substanzmissbrauch/ pathologische Spielsucht	F10.2, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F17.1, F19.1, F55, F63.0
<input type="checkbox"/>	Schwere Formen der Psoriasis sowie des endogenen Ekzems	L27, L30, L40, B35
<input type="checkbox"/>	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma	F07.2
<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	G35
<input type="checkbox"/>	Demenzen, psychische Störungen aufgrund einer Funktionsstörung des Gehirns	F0
<input type="checkbox"/>	Schwerwiegende psychische Einschränkungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Tumorleiden	C00-D48, Z85, Z90

Unterschrift und Stempel Arzt/Aerztin

Wir bitten Sie, uns Unterlagen über Voruntersuchungen zuzustellen. Damit werden Doppelspurigkeiten und unnötige Kosten vermieden. Sämtliche Dokumente erhalten Sie mit unserem Schlussbericht zurück. **Die Ärztestatistik der Santé Suisse in Solothurn erfasst diese Einweisung nicht.** Die Statistik erfasst gemäss Auskunft von Herrn M. Müller des ehem. Konkordates der schweizerischen Krankenversicherer nur rezeptierte Medikamente, veranlasste Laboruntersuchungen, Physiotherapien, Ergotherapien, Röntgen und ambulante Spitalkosten.