



Anmeldeformular Autismus-Abklärung

Bitte mailen an: autismus-zentrum@hin.ch

1. Anmeldedatum:

2. Patienten-Personalien

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

Handy:

Geburtsdatum:

E-Mail:

2. Ziele für die Abklärung

3. Psychiatrische Diagnosen (ICD-10)

4. Körperliche Krankheiten oder Beeinträchtigungen

5. Besteht eine Intelligenzminderung?

6. Gewünschte Sprache/n für die Abklärung

7. Zuweiser:

Name:

Vorname:

Adresse/Ort:

Klinik:

Telefon:

Funktion:

E-Mail:

8. Ambulanter psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandler:

Name:

Vorname:

Adresse:

Ort:

Telefon:

Beruf:

E-Mail:

Anordnung: Ja beiliegend Keine

Kostengutsprache: Ja beantrag beiliegend Keine

9. Beiliegende Berichte (Detailliertes Zuweisungsschreiben, Austrittsberichte, vorherige Abklärungen, u.a.):