

## Zuweisungsformular ZPPZ – Diagnostische Abklärung

### Patient:in (gesetzlicher Wohnsitz)

|                     |  |              |       |
|---------------------|--|--------------|-------|
| Name                | _____  | Vorname      | _____ |
| Geschlecht          | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d |              |       |
| Geburtsdatum        | _____  | Nationalität | _____ |
| Strasse / Nr        | _____  | PLZ / Ort    | _____ |
| Telefon             | _____  | E-Mail       | _____ |
| <u>Versicherung</u> |  |              |       |
| Garant              | _____  | Veka-Nr.     | _____ |

### Zuweisende Person

|               |       |             |       |
|---------------|-------|-------------|-------|
| Name          | _____ | Institution | _____ |
| Vorname       | _____ | Telefon     | _____ |
| Strasse / Nr. | _____ | E-Mail      | _____ |
| PLZ / Ort     | _____ | ZSR-Nr.     | _____ |

### Anfrage diagnostische Abklärung

Störungsübergreifende Diagnostik (ICD-10: F1, F2, F3, F4)

Persönlichkeitsstörung(en)

ADHS

Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Unklar

Weitere: \_\_\_\_\_

### Bemerkung

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte an [zppz@hin.ch](mailto:zppz@hin.ch).