

Zuweisungsformular für Ärzt:innen zum OREA Health™-Programm

1. Patient:in/ Klient:in

Name:

Vorname:

☐ w ☐ m ☐ d

Geb.-Datum:

Strasse:

PLZ/ Ort:

E-mail:

Telefon:

2. Ärztliche Indikation

☐ Erschöpfungssyndrom/ Burnoutsymptomatik

Relevante weitere Diagnose(n):

☐ nein

☐ ja, welche:

3. Labordiagnostik

OREA Health AG benötigt Ergebnisse von diversen Bluttests (siehe Infoblatt für Ärzt:innen).

☐ Diese werden von den zuweisenden ärztlichen Fachpersonen durchgeführt und an OREA Health AG übermittelt.

☐ OREA Health AG soll den Bluttest veranlassen.

4. Zulassungs-bzw. Ausschlusskriterien

☐ Patient:in ist motiviert

☐ Patient:in ist fähig zur Teilnahme

☐ Patient:in leidet nicht unter Psychosen

☐ Patient:in zeigt keine akute Suizidalität

5. Ärztliche Empfehlung

Hiermit empfehle ich die Teilnahme am OREA Health™-Programm im Rahmen einer generell selbstfinanzierten Gesundheitsmassnahme.

Die ärztliche Verantwortung für die Gesundheit des Teilnehmenden liegt auch während der Programmwoche beim zuweisenden Arzt.

Es ist im Interesse der Patient:innen, selbst mit der Krankenkasse zu klären ob und in welchem Umfang Kosten für das OREA Health™-Programm übernommen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift/ Stempel

Senden an: oreahealth@hin.ch