

ANMELDEFORMULAR AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Mail

Natel

Geburtsdatum

Krankenkasse

AHV-Nr.

Besteht AHV?

- Ja
 Nein

Besteht IV?

- Ja
 Nein

Besteht EL?

- Ja
 Nein

Besteht

Hilflosenentschädigung?

- Ja
 Nein

Psychiater/in

ZSR-Nr.

Psycholog/in

Hausarzt

EAN-Nr. oder GLN-Nr.

**Anmeldung durch
Institution**

Funktion

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Mail

Telefon

Aktuelle Situation / Indikation für psychiatrische Pflege

Bekannte Diagnosen

- Psychiatrisch:
 Somatisch:

Aktuelle Medikation

(Änderungen bitte immer schriftlich an psychiatrie.spitex-gaeu@hin.ch

Medikament	Indikation	Mo	Mi	Ab	Na
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Wohnverhältnisse

Sind die Schriften in unserem Einzugsgebiet? Wie sind die Wohnverhältnisse? Alleine, in einer Partnerschaft, mit Kindern, begleitetem Wohnen...

Arbeit/Tagesstruktur

Vorhanden? Wo? Wann? Was?

Soziale Kontakte

Sind soziale Kontakte vorhanden? Familie, Eltern, Freunde oder Nachbarn?

Finanzielle Situation

Arbeit, KT, IV, SD, AHV, involvierte Dienste wie Pro Infirmis oder Pro Senectute? Besteht eine Beistandschaft?

Die Klientin, der Klient ist über die Anmeldung informiert und einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Anmelder/in
