



Überall für alle

SPITEX
Zuchwil

ANMELDEFORMULAR AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE

Name	Vorname		
Strasse	PLZ, Ort		
Telefon	Mail		
Natel	Geburtsdatum		
Krankenkasse	AHV-Nr.		
Besteht AHV? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Besteht IV? <input type="checkbox"/> Ja wie hoch? % <input type="checkbox"/> Nein	Besteht EL? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Besteht Hilflosenentschädigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychiater/in	Falls vorhanden: ZSR-Nr. und EAN-Nr. oder GLN-Nr.		
Psycholog/in			
Hausarzt/Hausärztin	Falls vorhanden: ZSR-Nr. und EAN-Nr. oder GLN-Nr.		
Anmeldung durch Institution	Funktion		
Name	Vorname		
Strasse	PLZ, Ort		
Mail	Telefon Geschäft		

Aktuelle Situation / Indikation für psychiatrische Pflege

Bekannte Diagnosen

Psychiatrisch:

Somatisch:

Wohnverhältnisse

Sind die Schriften am Wohnort hinterlegt? Wie sind die Wohnverhältnisse? Alleine, in einer Partnerschaft, mit Kindern, begleitetem Wohnen...

Schriften sind hinterlegt in:

Arbeit/Tagesstruktur

Vorhanden? Wo? Wann? Was?

Soziale Kontakte

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

Finanzielle Situation

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

AHV | IV | KTG | SD | andere involvierte Dienste:

Aktuelle Medikation

(Änderungen bitte immer schriftlich an spitex-zuchwil@hin.ch oder Fax 032 686 52 88).

Medikamentenkarte im Anhang (Tabelle nicht ausfüllen, wenn Medikamentenkarte vorhanden ist)

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

Die Patientin, der Patient ist über die Anmeldung informiert und einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Anmelder/in
