

Anmeldung für die Ambulatorien

Nach Eingang der Anmeldung wird der/die PatientIn und der Zuweiser telefonisch kontaktiert und ein Indikationsgespräch wird vereinbart.

Datum:

<u>Ambulatorium Ost</u>	<u>Ambulatorium Mitte</u>	<u>Ambulatorium GPZ (West)</u>
Email: ambiost@upd.ch Tel.: 031 330 80 52 Fax: 031 330 80 51	Email : ambimitte@upd.ch Tel.: 031 380 10 40 Fax: 031 380 10 41	Email: GPZAmbi@upd.ch Tel.: 031 930 45 51 Fax: 031 930 45 59

Zuweiser/in:

Name:				
Adresse:				
Telefonnummer:				
E-Mail:				
UPD intern:	Station:		Seit:	

Klient/in:

Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:		Zivilstand:	
Wohnadresse:			
Telefonnummer:	E-Mail		
Schriftenort:			
Krankenkasse:			
Policen Nr.:			
Sozialversicherungsnummer:			

Behandlungsauftrag

Auftrag und Beginn der ambulanten Behandlung:			
psychiatrische Behandlung		Medikamentenabgabe	soziale Unterstützung
Psychotherapie:			
Sonstiges zum Behandlungsauftrag:			
Diagnosen (psychiatrisch und somatisch):			
Wichtige Ansprechpersonen:			
Hausarzt/Hausärztin:			
Beistand / Sozialarbeiter/in:			
Weitere in die Behandlung involvierte Fachkräfte: (Arbeitsbereich, Wohnbereich, Spitex, etc.)			
Rechtliche Situation: (FU, ambulante Weisung, KESB Weisung etc.)			
IV Rente:	ja:	nein:	beantragt:
IV Anmeldung:	ja:	nein:	
EL:	ja:	nein:	
RAV:	ja:	nein:	
Aktuelle Situation und Bemerkungen zum Auftrag:			
Sprache/ Deutschkenntnisse:			

Aktuelle Medikamentenverordnung:

Medikamentenname	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Abgabe durch

Reservemedikation:

Medikamentenname:

Dosis:

Bemerkungen: