

## 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:

<b>Name:</b>			
<b>Adresse:</b>			
<b>Telefonnummer:</b>			
<b>E-Mail:</b>			
<b>UPD intern:</b>	<b>Station:</b>		<b>Seit:</b>

### Klient:

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

## Behandlungsauftrag

### Auftrag und Beginn der ambulanten Behandlung:

medizinisch, psychiatrische Behandlung      soziale Unterstützung      Medikamentenabgabe

Sonstiges:

### Diagnosen (psychiatrisch und somatisch):

### Wichtige Ansprechpersonen:

### Hausarzt:

### Behandelnde/r externe/r Psychiater/in, externe/r Psycholog/in:

### 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:

### Medikamentenmanagement:

- Verordnung durch:
- Abgabe durch:
- Kontrolle durch:

**Aktuelle Medikamentenverordnung:**

Medikamentenname	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Reserve (pro 24 h)

**Zuständigkeit und Kontrolle der somatischen Gesundheit:**

**Bemerkungen:**