



Überall für alle

SPITEX
Bellach

ANMELDEFORMULAR AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Mail

Natel

Geburtsdatum

Krankenkasse

AHV-Nr.

Zivilstand

Besteht AHV?

- Ja
 Nein

Besteht IV?

- Ja
wie hoch? %
 Nein

Besteht EL?

- Ja
 Nein

Besteht Hilflosen-
Entschädigung?

- Ja
 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, begleit-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.bellach@spitex-hin.ch).

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Anmelder/in
