

Anmeldeformular ambulante psychiatrische Pflege

Name	Vorname												
Strasse	PLZ, Ort												
Telefon	Mail												
Natel	Geburtsdatum												
Krankenkasse	AHV-Nr.												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Besteht AHV?</td> <td style="width: 25%;">Besteht IV?</td> <td style="width: 25%;">Besteht EL?</td> <td style="width: 25%;">Besteht Hilflosenentschädigung?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	Besteht AHV?	Besteht IV?	Besteht EL?	Besteht Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	
Besteht AHV?	Besteht IV?	Besteht EL?	Besteht Hilflosenentschädigung?										
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja										
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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 spitex-thdo@hin.ch)

Medikament	Indikation	Mo	Mi	Ab	Na

Wohnverhältnisse

Sind die Schriften in der Wohngemeinde? 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