

## Anmeldeformular ambulante psychiatrische Pflege

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>												
<b>Strasse</b>	<b>PLZ, Ort</b>												
<b>Telefon</b>	<b>Mail</b>												
<b>Natel</b>	<b>Geburtsdatum</b>												
<b>Krankenkasse</b>	<b>AHV-Nr.</b>												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"><b>Besteht AHV?</b></td> <td style="width: 25%;"><b>Besteht IV?</b></td> <td style="width: 25%;"><b>Besteht EL?</b></td> <td style="width: 25%;"><b>Besteht Hilflosenentschädigung?</b></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>	<b>Besteht AHV?</b>	<b>Besteht IV?</b>	<b>Besteht EL?</b>	<b>Besteht Hilflosenentschädigung?</b>	<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	
<b>Besteht AHV?</b>	<b>Besteht IV?</b>	<b>Besteht EL?</b>	<b>Besteht Hilflosenentschädigung?</b>										
<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										
<b>Psychiater/in</b>	<b>ZSR-Nr.</b>												
<b>Psycholog/in</b>													
<b>Hausarzt</b>	<b>EAN-Nr. oder GLN-Nr.</b>												
<b>Anmeldung durch Institution</b>	<b>Funktion</b>												
<b>Name</b>	<b>Vorname</b>												
<b>Strasse</b>	<b>PLZ, Ort</b>												
<b>Mail</b>	<b>Telefon</b>												

### 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