

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%;"></td> <td style="width: 25%;">Besteht EL?</td> <td style="width: 20%;">Besteht Hilflosenentschädigung?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td>wie hoch? %</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td></td> <td></td> <td></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	wie hoch? %		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein				<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Psychiater/in</td> <td style="width: 50%;">Falls vorhanden: ZSR-Nr. und EAN-Nr. oder GLN-Nr.</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Psycholog/in</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Hausarzt/Hausärztin</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Falls vorhanden: ZSR-Nr. und EAN-Nr. oder GLN-Nr.</td> </tr> </table>	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.
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	wie hoch? %		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein																							
	<input type="checkbox"/> 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, begleitetem 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 solothurn@spitex-hin.ch oder Fax 032 623 52 27).

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