

## Anmeldung für die Ambulatorien

Nach Eingang der Anmeldung werden Patient\*in und Zuweiser\*in 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.: +41 58 630 80 50	Email : ambimitte@upd.ch Tel.: +41 58 630 71 69	Email: GPZAmbi@upd.ch Tel.: +41 58 630 79 71

### Zuweiser\*in:

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

### Klient\*in:

<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

<b>Auftrag und Beginn der ambulanten Behandlung:</b>			
<input type="checkbox"/> psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/> Medikamentenabgabe	<input type="checkbox"/> soziale Unterstützung	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<b>Diagnosen (psychiatrisch und somatisch):</b>			
<b>Wichtige Ansprechpersonen:</b>			
<b>Hausarzt/Hausärztin:</b>			
<b>Beistand/Beiständin:</b>			
<b>Sozialarbeiter*in:</b>			
<b>Weitere in die Behandlung involvierte Fachkräfte:</b> (Arbeitsbereich, Wohnbereich, Spitex, etc.)			
<b>Rechtliche Situation:</b> ( FU, ambulante Weisung, KESB Weisung etc. )			
<b>IV Rente:</b>	<b>ja:</b>	<b>nein:</b>	<b>beantragt:</b>
<b>IV Anmeldung:</b>	<b>ja:</b>	<b>nein:</b>	
<b>EL:</b>	<b>ja:</b>	<b>nein:</b>	
<b>RAV:</b>	<b>ja:</b>	<b>nein:</b>	

**Aktuelle Situation und Bemerkungen zum Auftrag:**

**Sprache/Deutschkenntnisse:**

**Aktuelle Medikamentenverordnung:**

Medikamentenname	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

**Reservemedikation:**

Medikamentenname	Dosis