

Anmeldung Praxis für Ihre psychische Gesundheit Zofingen

Personalien Patientin/Patient

Vorname

Nachname

Telefon

E-Mail

Strasse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

Krankenkasse

Versicherungsstatus

Versicherungsmodell:

Hausarztmodell

Telemedizin

Freie Arztwahl

Verständigungssprache:

Deutsch

Fremdsprache

Wenn Fremdsprache, welche?

Diagnose und Symptomatik

Hauptsymptomatik (Stichworte ausreichend) *

Seit wann bestehend?

Ggf. bekannte psychiatrische Diagnose(n)

Ursache/ Auslöser aktuelle Problematik *

Erstmalige psychische Krise? *

Ja

Nein

Akute Suizidalität *

Ja

Nein

In psychotherapeutischer Behandlung? *

Ja

Nein

Wurde für (psychiatrisch oder psychotherapeutische) Behandlung auch angemeldet in/bei:

Problematischer Konsum (Substanzgebunden/-ungebunden) *

Ja

Nein

Arbeitsplatz vorhanden? *

Ja, im 1. Arbeitsmarkt

Ja, im 2. Arbeitsmarkt

Nein

Wenn Arbeitsplatz vorhanden, zu wieviel Prozent angestellt?

Arbeitsplatz gefährdet? *

Ja

Nein

Krankschreibung? *

Ja

Nein

Wenn krankgeschrieben: Seit wann, zu wieviel Prozent und durch wen?

Welche Stellen sind involviert? *

IV

RAV

Case Management KTG

Beistandschaft

Spitex

Keine

Angaben Person und/oder weitere involvierte Stellen

Alleine lebend? *

Ja

Nein

Wenn nicht alleinlebend, mit wem?

Somatische Diagnosen

Labor erfolgt?

Ja

Nein

EKG erfolgt?

Ja

Nein

Aktuelle Medikation (inkl. Dosierung und Einnahmeschema) *

Behandlungsziele: *

Zuweisung durch

Name der Institution (Heim, Praxis, Spital etc.)

Vorname

Nachname

Berufskategorie

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Wir möchten Sie bitten, uns Patientendaten nur in einer verschlüsselten E-Mail zu schicken. Die Übermittlung dieses Formulars ist nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich.

Praxis für Ihre psychische Gesundheit Zofingen

T 056 461 95 50

praxis.zofingen@pdag.ch

www.pdag.ch