

Anmeldung Ambulatorium für Substitutionsbehandlung (HAG)

Personalien Patientin/Patient

Vorname

Nachname

Telefon

E-Mail

Strasse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

Krankenkasse

Versicherungsstatus

Versicherungsmodell:

☐ Hausarztmodell

☐ Telemedizin

☐ Freie Arztwahl

Diagnose und Symptomatik

Diagnose (ICD-10):

Relevante körperliche Erkrankungen und Medikamente:

Aktuelle Problematik und Behandlungsziele: *

Soziale Situation:

Ist die Patientin/der Patient zur Behandlung motiviert?

Ja

Nein

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.

Ambulatorium für Substitutionsbehandlung Windisch

T 056 462 24 10

ambulatoriumfuersubstitution@pdag.ch

www.pdag.ch