

Anmeldung zur Früherkennung Psychosen

Personalien Patientin/Patient

Vorname*	Nachname*
Telefon (privat)	Mobile/Telefon (tagsüber)
E-Mail	Strasse*
PLZ / Ort*	Geburtsdatum*
Zivilstand*	Geschlecht*
Beruf*	Sozialversicherungsnummer
Krankenkasse*	Versicherungsnummer*
Versicherungsmodell:	
☐ Hausarztmodell	
☐ Telemedizin	
☐ Freie Arztwahl	

Eltern bzw. Erziehungsberechtigte (bei Kindern/Jugendlichen)

Vorname	Nachname
Telefon	
Adresse	

Hausarzt

Vorname*	Nachname*
Adresse*	

Abklärungen zum Ausschluss anderer Krankheiten

MRI Schädel

durchgeführt, Befund beiliegend

Untersuchung veranlasst, Befund wird zugestellt

Labor (Grosses Blutbild, Quick, CPR, TSH, Glucose nüchtern, Natrium, Kalium, alk. Phosphatase, GOT, GPT, γ-GT, Kreatinin, Lues-Serologie, HIV-Serologie, Urinstatus, Urin-Drogenscreening)

durchgeführt, Befund beiliegend

Untersuchung veranlasst, Befund wird zugestellt

EEG

durchgeführt, Befund beiliegend

Untersuchung veranlasst, Befund wird zugestellt

Weitere Angaben

Fragestellung*

Aktuelle Symptomatik *

Aktuelle Medikation/Dosierung

Anamnestische Angaben

Bekannte Vorerkrankungen somatisch oder psychisch

Bemerkungen

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 Erwachsene Aarau

T 056 461 91 00

ambulatorium.aarau@pdag.ch

www.pdag.ch