

## Anmeldung durch Zuweiser für Erwachsene

Die Felder mit \* müssen beantwortet werden, damit wir Ihre Anmeldung korrekt bearbeiten können.

Dringlichkeit	Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung zwingend telefonische Anmeldung notwendig, siehe Telefonnummern auf unserer Homepage.		
<b>Angaben Zuweiser</b>			
Zuweiser*	<input type="checkbox"/> Arzt/Psychologe	<input type="checkbox"/> Spital	<input type="checkbox"/> Andere:
Name*		Vorname*	
Strasse, Nr.*		PLZ, Wohnort*	
Tel-Nr.*		GLN/ZSR Nr.	
Name der Institution			
<b>Patientin/Patient</b>			
Name*		Vorname*	
Strasse, Nr.*		PLZ, Wohnort*	
Tel-Nr. Privat*		Mobile*	
Geburtsdatum*		Geschlecht*	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Nationalität*			<input type="checkbox"/> divers
Umgangssprache*		Dolmetscher nötig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf		E-Mail	
Kanton*	<input type="checkbox"/> ZG <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> UR	Ausserkanton*	
<b>Weitere wichtige Adressen, falls vorhanden (z. B. Beistandschaft)</b>			
Name		Vorname	
Funktion		Tel-Nr.	
Strasse, Nr.		PLZ, Wohnort	
E-Mail			

Hausarzt\*

Tel-Nr.\*

Arbeitgeber

Tel-Nr.

IV\*

Ja  Nein

HMO-Modell\*

ja  Nein

Krankenversicherung\*

Nummer

AHV-Nr.\*

756.

**Anmeldegrund (aktuelle Problematik) / Diagnose\***

Somatische Erkrankungen  
(falls bekannt)

Vorherige Behandlung

ja  nein

Wenn ja wo?

Mit Kaderarzt telefonisch  
besprochen

erfolgt  nicht erfolgt

**Aktuelle Medikation falls bekannt\***

Bezeichnung	Dosierung	seit

Datum

Name/Vorname