

## Anmeldung für Erwachsene

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

Dringlichkeit	Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung telefonische Anmeldung zwingend notwendig, siehe Telefonnummern auf unserer Homepage.
<b>Personalien</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	Ausserkantonale*

Hausarzt*	Tel-Nr.*
-----------	----------

IV <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--

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

---



---



---



---



---

Vorherige Behandlung  ja  nein

Wenn ja, wo?

HMO-Modell\*  ja  Nein

Krankenversicherung\*

Nummer\*

AHV-Nr.\*

756.

### Aktuelle Medikation\*

Bezeichnung	Dosierung	seit

### Weitere wichtige Adressen falls vorhanden (z. B. Beistandschaft)

Name

Vorname

Funktion

Tel-Nr.

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

E-Mail

Datum

Name/Vorname