

Anmeldeformular

Bitte senden Sie uns das Formular ausgefüllt mit dem beiliegenden Couvert zurück. Besten Dank!

Persönliche Daten

Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Geburtsdatum			
Zivilstand			
Nationalität und Aufenthaltsbewilligung			
Heimatort		Kanton	
AHV-Nummer			
Adresse des Wohnsitzes			
Steuerrechtlicher Wohnsitz	PLZ	Ort	Kanton
Telefon / Mobile			
E-Mail-Adresse			
Am besten erreichbar per	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Mail		

Kontaktperson

Notfallkontakt	Name /Vorname	Adresse	Telefon
----------------	---------------	---------	---------

Krankenkasse

Sind Sie im Hausarztmodell versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie im Telmed-Modell versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sozialdienst

Sind Sie beim Sozialdienst Ihrer Wohngemeinde gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sozialdienst der Gemeinde	Kontaktperson	Adresse	Telefon

Bitte wenden

Behandlung / Diagnosen

Sind Sie zurzeit in stationärer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo?	Seit wann:	geplante Dauer:
Welche Substanzen konsumieren Sie?	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Medikamente
Besteht eine substanzungebundene Abhängigkeit (z.B. pathologisches Spielen, Glücksspiel-, Mediensucht, o. a.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Liegt ein Trauma vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Andere psychiatrische oder somatische Erkrankungen?			

Ärztliche Versorgung

	Name/Vorname	Adresse	Tel, Mail
Hausarzt/-ärztin			
Psychiater/-in Psychotherapeut/-in			

Es ist uns ein Anliegen bereits zu Beginn unserer Zusammenarbeit ein gutes Verständnis für Ihre Situation zu bekommen. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten.

Beschreiben Sie in wenigen Worten:

1) ... worin besteht Ihr Leiden?
2) ... was haben Sie bereits unternommen, um die Situation zu verbessern?
3) ... welche Ziele möchten Sie erreichen?
4) ... was könnte Ihren Behandlungserfolg gefährden?