

Die nachfolgenden Fragen dienen der bestmöglichen Information für die autorisierten Mitarbeitenden von Humania Care AG. Sie beziehen sich auf bestimmte Lebensbereiche, besonders auf allfällige bisherige Behandlungen und deren Verläufe.

Die hier festgehaltenen Informationen werden vertraulich behandelt, unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben und unterstehen der Geheimhaltungspflicht.

Diesem Arzt/Therapeutengespräch und dem Beantworten der folgenden Fragen ist bereits eine Besichtigung in unserer Institution vorausgegangen. Anlässlich dieser Besichtigung hat sich die grundsätzliche Möglichkeit zu einem Eintritt in unsere Einrichtung ergeben.

Bei definitivem Eintritt in unsere Institution benötigt Humania Care AG zusätzlich ein **Kurzaustrittsbericht** sowie ein **Rezept** für die verordneten Medikamente. Bitte denken Sie daran, den Kurzaustrittsbericht auch an den nachbehandelnden Arzt zu senden.

PDF elektronisch ausfüllbar und speicherbar.

Gesprächsbeteiligte	
Frau/Herr:	
und	
Behandelnde Ärztin/Arzt oder Therapeutin/Therapeut:	

Fragen an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt oder Therapeut/in

Name des Klienten/ der Klientin:

1. Kurze Anamnese

Tagesstruktur/ Freizeit:

2. Hospitalisationen

einmalig mehrmalig

Jahr/Grund:

3. psychiatrische Erkrankung

(einschliesslich vergangene Suizidversuche):

Somatische Erkrankung:	
------------------------	--

4. Aktuelle und vergangene Abhängigkeitsproblematik

<input type="checkbox"/> Alkohol	
<input type="checkbox"/> Cannabis	
<input type="checkbox"/> Heroin	
<input type="checkbox"/> Kokain	
<input type="checkbox"/> Medikamente	
<input type="checkbox"/> Anderes	

5. An welchen Verhaltensweisen/Symptomen kann eine Krise frühzeitig erkannt werden?

--

6. Welche vorbeugenden Massnahmen zur Vermeidung einer Krise haben sich bewährt?

--

7. Waren zu einem früheren Zeitpunkt Einweisungen mittels FU nötig?

<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja Grund:	
--	--

8. Gewaltbereitschaft

Sind Ereignisse bekannt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
wenn ja <input type="checkbox"/> Sachbeschädigung / <input type="checkbox"/> Personenschädigung
Beschreibung:

Sind Straftaten bekannt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja Beschreibung:	

9. Wer übernimmt nach dem Klinikaufenthalt die ambulante Versorgung	
im psychiatrischen Bereich	
im somatischen Bereich	
im sozialen Bereich	

10. Aktuelle Medikamentenverordnung (wichtig! Wir können keine Betäubungsmittel abgeben/verwalten)
<p>Wichtig: Bitte bei Austritt Medikamente für 3 Tage oder bis zum Nachbetreuungstermin mitgeben und Medikamentenrezept vor Eintritt per Post an Humania Care AG schicken. Medikamente werden von uns bei der Apotheke 12 bestellt und wöchentlich geliefert.</p>

11. Braucht die Patientin/der Patient Unterstützung bei der Einnahme ihrer/seiner Medikamente (Bsp. Erinnerung / Einnahme unter Sicht)?		
<input type="checkbox"/> ja	Erinnerung an Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	Einnahme unter Sicht	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	Selbständige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	Am Wochenende in Selbstverwaltung	<input type="checkbox"/> nein

<input type="checkbox"/> ja	Reserve	<input type="checkbox"/> nein
12. Wichtiges das wir sonst noch wissen müssten? Bemerkungen/Ergänzungen?		

Dieses Formular ist mit mir ausgefüllt und besprochen worden. Ich bin damit einverstanden, dass es an die verantwortlichen Fachpersonen von Humania Care AG weitergeleitet wird. Ich weiss auch, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum		Unterschrift Klient	
Ort, Datum		Unterschrift Behandler/in	