

Anmeldeformular

Formular bitte vollständig ausfüllen!

Name/Vorname: _____

Adresse & Ort: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Hausarzt/Hausärztin: _____

SozialarbeiterIn: _____

eventuelle Kontaktperson: _____

Steuergemeinde: _____

Apotheke: _____

IV-Konsum in Jahren (2): _____

gescheiterte Behandlungen: stationärer Entzug Anzahl: _____

stationäre Behandlung Anzahl: _____

Methadonbehandlung Anzahl: _____

Probleme: Wohnen _____

Arbeit _____

Gesundheit _____

Finanzen _____

Rating bezüglich Dringlichkeit: _____ Grund: _____

Hoch _____

Mittel _____

Niedrig _____

Empfehlung durch Fachperson: ja nein Wer? _____

Bemerkungen: _____

Datum und Unterschrift PatientIn: _____

Datum und Unterschrift Personal: _____