



Anmeldeformular (von InteressentIn auszufüllen)

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent

Sie interessieren sich für eine stationäre Therapie im Spital Wattwil. Zur Abklärung Ihrer Aufnahme benötigen wir von Ihnen eine ausführliche Beantwortung folgender Fragen:

1. Personalien:

Name, Vorname: Lediger Name:

Strasse, Nr.: PLZ, Wohnort:

Telefon: Natel:

E-Mail:

Geburtsdatum: Zivilstand:

Anzahl Kinder: Jahrgang der Kinder:

Beruf:

Adresse Hausarzt und Telefonnummer:

Ich bin einverstanden, dass die PSA mit dem Hausarzt Kontakt aufnimmt

Krankenkasse: Sektion:Versichertennummer:

allgemein nur Wohnkanton allgemein ganze Schweiz halbprivat privat HMO Modell

2. Wie wurden Sie auf unsere Stelle aufmerksam gemacht?

.....

3. Familie / soziales Netz

Mit wem leben Sie zusammen (PartnerIn, Kinder, Eltern)?

4. Arbeitssituation

Beschreiben Sie bitte Ihre Arbeitssituation oder andere Tagesstruktur.

.....

5. Gesundheit

Leiden oder haben Sie unter einer schweren körperlichen Krankheit gelitten?

.....

Leiden oder haben Sie unter einer schweren psychischen Krankheit gelitten?

.....

Hatten Sie Unfälle oder schwere Operationen?

.....

Stehen Operationen oder grössere medizinische Untersuchungen bevor?

.....

6. Alkoholkonsum

Seit wann ist Ihr Alkoholkonsum problematisch?

An wie vielen Tagen pro Woche konsumieren Sie Alkohol?

täglich 3-4mal 1-2 mal seltener

Was konsumieren Sie vorwiegend?

7. Andere Suchtmittel

- Zigaretten: wie viele pro Tag:
- Cannabis: seit wann, wie oft:
- andere Substanzen: welche, wie oft:.....

8. Konsum von Medikamenten in den letzten 6 Monaten

-
-
-

9. Bisherige Behandlung

Haben Sie bereits Hilfe wegen Ihres Alkoholproblems in Anspruch genommen?

- nein, nie
- ja wo/bei wem: wann:

10. Behördliche Massnahmen

Besteht eine Beistandschaft? ja nein

Wurde Ihnen der Führerausweis entzogen? nein, nie
 ja wie oft?mal letztmals:

11. Therapieziele

Wir möchten Sie unterstützen, Ihre Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen aktiv anzugehen. Was möchten Sie gerne verändern? Welche Ziele haben Sie in Bezug auf die Therapie?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ich habe die unten stehenden Datenschutzbestimmungen gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte an:

**Psychosomatische Abteilung
Spital Wattwil, 9630 Wattwil**