

Ambulatorium Wiedner Hauptstraße
 1050 Wien, Wiedner Hauptstraße 105
 Tel: 01/88010-1480
 Fax: 01/88010-91480

Anmeldung zur stationären Aufnahme - Abteilungen I und III

Alkohol-, Medikamenten-, Spielsucht

Nachname	Vornamen	Geschlecht
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Nationalität	SV-Nr.
Adresse		Krankenkasse
Straße: Hausnummer: Postleitzahl: Ort: Gemeinde: Bezirk:		Telefon
e-mail:		
Mitversichert bei (Name, Geburtsdatum, SV-Nr.):		

Zuweisende Einrichtung/BetreuerIn:	Telefon	Fax	Mail
Behandelnde/r Ärztin/Arzt	Telefon	Fax	Mail
Behandlungsgrund:			
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente (Sedativa und Hypnotika) <input type="checkbox"/> nicht-stoffgebundene Sucht (Spielsucht, Internet, ...) <input type="checkbox"/>			
Psychiatrische / Somatische Diagnosen:			
Akute Psychose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Delirium <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Orientierung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Intelligenzminderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aktuelle Medikation:			
<input type="checkbox"/> Substitution: <input type="checkbox"/> Sauerstoff: <input type="checkbox"/> Depot-Medikation:			
Patient*in:			
ist gehfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gehfähig mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		benötigt Diät <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein benötigt fremde Hilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (waschen, anziehen etc.)	

Bisherige Behandlungen/Betreuungen (ambulant und/oder stationär):

--	--

Deutschkenntnisse:

gut mittel schlecht