

Patienteninformation für die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Name des Patienten/der Patientin: _____

1. Adresse / Heimeinrichtung

Name, Adresse: _____

Telefonnummer/Mobil, Fax: _____

2. Hausarzt (inkl. Tel.-Nr.): _____

3. Sind Sie bereits in ambulanter psychiatrischer Behandlung? ja nein

➤ Falls ja: Psychiater (inkl. Tel.-Nr.): _____

4. Bekannte Diagnosen/Vorbefunde: _____

5. Problem in Stichworten: _____

6. Behandlungsziel / Was soll erreicht werden? _____

7. Wer meldet den Patienten an (Funktion)?: _____

8. Wer begleitet den Patienten (Funktion)?: _____

Ort, Datum

Unterschrift
