

Anmeldung für die Psychiatrische Pflege der Spitex Region Birs GmbH

Klient/-in:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Zivilstand:	
Adresse:			
Telefon:		Mobil:	
Krankenkasse:		Zusatzversicherung:	
Psychiater:		Hausarzt:	
Beistand:		Angehörige:	

Klinikaufenthalt:

Eintrittsgrund:	
-----------------	--

Verlauf:	
----------	--

Medikamente:	
--------------	--

Auftrag:	
----------	--

Ort und Datum

Vorname, Name

Stempel & Unterschrift