

Überweisungsschreiben «Soziales Rezept»

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Telefon

E-Mail

Arztpraxis

Datum

Patient:innenangaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Tel / E-Mail

AHV-Nummer

Krankenkasse

Zu bearbeitende Themen

Soziale Kontakte	Psychische & Physische Gesundheit	Sinne	Wohnsituation / Ernährung / Alltag
Einsamkeit / Isolation Familie und Beziehung, familiäre Probleme	Stress oder Schlafstörungen Ängste Schmerzen Antriebslosigkeit Alkohol, Drogen oder Rauchen Gewalt (psychisch, physisch, sexuell) Sexualität, sexuelle Gesundheit	Gehör Sehen Gedächtnis	Wohnen Haushalt Lebensmittel / Essen / Kochen Alltagsbewältigung
Mobilität	Finanzen / Administration	Tagesstruktur / Arbeit / Beschäftigung	Anderes
Mobilität (zu Fuss gehen, öffentliche Verkehrsmittel, Auto)	Finanzen Administration, Schriftliches, Rechnungen Behördengänge Lesen und Schreiben	Arbeitslosigkeit, unsichere Beschäftigungsverhältnisse Hobbys / Aktivitäten Körperliche Aktivität, Sport	

Bemerkungen

Weiteres Vorgehen

Patient:in meldet sich bei

Patient:in bittet um Kontaktaufnahme durch

Patient:in hat einem Informationsaustausch und einer schriftlichen oder telefonischen Kontaktaufnahme zugestimmt