

Kontaktdaten:

Nummer: _____

Therapeut/In: _____

ASSIP mit/ohne Studie

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ bei 2-t Adresse _____
_____ oder Wechsel: _____

Tel/Handy: _____

Email: _____

Bei Fragen oder Wunsch zur Kontaktaufnahme, wie am Besten zu erreichen?

Brief, Telefon, Email? _____

Klinische Diagnose _____

Suizidversuch:

Datum: _____

Methode: _____

Daten früherer SV (Jahr) _____

BFS Infos:

Beschäftigung vor Eintritt: Teilzeit Vollzeit arbeitslos Hausarbeit
 in Ausbildung Rehabilitation Rente(IV/AHV)
 Arbeit gestützt unbekannt

Ausbildung: _____

KK Klasse: _____

Behandlung nach Austritt: _____

Falls nicht im Bericht enthalten:

Ich gebe das Einverständnis, dass mein/e ASSIP TherapeutIn oder sonst jemand aus dem ASSIP-Team (Vertretung) sich bei einer mir nahestehenden Person oder Institution melden darf, wenn ich nicht erreichbar sein sollte. Bezugsperson oder Institution: _____

Einverständnis des Patienten/der Patientin:
