

Bitte einsenden an **Info.ZAE@upk.ch** oder Fax **061 325 55 82**

**Anmeldung Beratung / Therapie  
Ambulanz für Suchttherapie (AfS)**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Sprache \_\_\_\_\_

Zivilstand  verheiratet  Trennung  geschieden  ledig

Kinder  Ja  Nein

Wenn ja, Anzahl und Alter \_\_\_\_\_

Wohnsituation?  allein  mit Ehepartner/In  bei Eltern  mit anderen

Natelnummer \_\_\_\_\_

Festnetz **P** \_\_\_\_\_ **G** \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Wie sieht Ihre berufliche Situation aus?**

Unselbständig/Angestellt  Vollzeit  Teilzeit

Selbständig\*

Arbeitslos

Hausfrau/Hausmann

IV oder andere Renten

in Ausbildung

Beruf/Branche? \_\_\_\_\_

Höchster Bildungsabschluss? \_\_\_\_\_

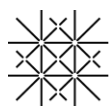
Krankenkasse/Adresse \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Versichert:  Allgemein  Halbprivat  Privat

HMO-Modell:  Ja  Nein

Hausarzt/Psychiater \_\_\_\_\_



**Überweisungsgrund**

- Alkohol     Cannabis     Kokain     Heroin  
 Amphetamine     andere

**Diagnosen**

**Medikation**

---

**Überweisender Arzt / Ärztin**

