

# Anmeldung zur psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung

## Grund der Zuweisung

- Zur diagnostischen Abklärung mit Therapieempfehlung
- Zur Medikamenteneinstellung
- Zur Psychotherapie
- Zur Gruppentherapie
- Anderes

## Beschreibung der Problematik

Für Demenzdiagnostik siehe [www.memory-clinic-bern.ch](http://www.memory-clinic-bern.ch)

## Angaben Patientin/Patient

Nachname

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

## Angaben Zuweiserin/Zuweiser

Nachname

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Korrespondenz an Zuweiseradresse

- Ja
- Nein

Beilagen

- Somatische Diagnosen / aktuelle Berichte
- Medikamentenliste

**Bei Unklarheiten oder sonstigen Fragen können Sie sich auch gerne an unser medizinisches Sekretariat wenden.**

**E-Mail: [alterspsychiatrie@upz-bern.ch](mailto:alterspsychiatrie@upz-bern.ch)**

**Telefon: 058 630 70 04**

**Sobald die Anmeldung bei uns eingetroffen ist, setzen wir uns mit der Patientin/  
dem Patienten in Kontakt.**

**Ort und Datum**

**Stempel/Unterschrift**

---

---