

**Zentrale Anmeldestelle**

Standort Bolligenstrasse  
Ambulatorium Ost  
Bolligenstrasse 111 | 3000 Bern 60  
058 630 82 82 | aufnahme@upz-bern.ch

Standort Bümpliz  
Ambulatorium Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)  
Morgenstrasse 83 | 3018 Bern  
058 630 82 82 | aufnahme@upz-bern.ch

# Anmeldung Ambulatorien

## Angaben Zuweiserin/Zuweiser

Institution/Praxis

PLZ/Ort

Vor- und Nachname

Telefonnummer

Adresse

E-Mail-Adresse

## Beizulegende Unterlagen

Bitte legen Sie dieser Anmeldung alle relevanten Berichte und Befunde bei (Labor, EKG, somatische Zusatzabklärungen, somatische Berichte) sowie eine Auflistung der aktuellen Medikation inklusive Reservemedikation.

## Angaben Patientin/Patient

Vor- und Nachname

Telefonnummer

Adresse

E-Mail-Adresse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

## Angaben Patientin/Patient

### Geschlecht

Weiblich  
Männlich  
Divers/nonbinär  
Keine Angabe

### Zivilstand

Ledig  
Verheiratet  
In eingetragener Partnerschaft  
Geschieden  
Verwitwet  
Getrennt lebend  
Unbekannt

### Sprachkenntnisse Deutsch

Sehr gut  
Gut  
Einfache Sprache, falls Deutsch nicht die Muttersprache sein sollte

### Muttersprache

### Weitere Sprachen

## Hinweis

Falls für längere Gespräche ein Dolmetscher/eine Dolmetscherin notwendig sein sollte, müssen die Übersetzungskosten vom zuständigen Sozialdienst, dem Asylzentrum oder der Patientin/dem Patienten übernommen werden.

## Versicherung

### Krankenversicherung

### Nummer Krankenversicherung

### Versicherungsmodell

Standardmodell (freie Arztwahl)  
Hausarztmodell/HMO-Modell  
Telmed-Modell (Telemedizin)  
Managed Care Modell  
Spitalzusatzversicherungen (Flex etc.)

### Elektronisches Patientendossier

Verfügt der Patient/die Patientin über ein elektronisches Patientendossier (EPD)?

Ja  
Nein  
Unklar / kann nicht erfragt werden

### Anderes Versicherungsmodell

## Angaben zur Behandlung

### Welche Behandlungsaufträge liegen vor?

Psychiatrische Behandlung  
Medikamentenabgabe/-überwachung  
Sozialdienstliche Unterstützung/Beratung  
Psychotherapie  
Sonstiges

### Psychiatrische Diagnose(n)

### Somatische Diagnose(n)

## Angaben zur Behandlung

### Aktuelle Situation / Grund für die Anmeldung

Kurze Beschreibung der aktuellen Problemlage und des Anmeldegrundes.

### Aktuelle Medikation inklusive Reservemedikation (falls die Medikationsliste nicht beigelegt ist)

Zusätzliche Informationen können auf Seite 4 unter Bemerkungen ergänzt werden.

Medikationsliste liegt bei  
Nimmt keine Medikamente ein

## Weitere Informationen

Falls vorhanden, bitten wir Sie, die Informationen hier einzutragen. Vielen Dank.  
Bitte unter «Kontakt» vorhandenes angeben: Name, Adresse, Telefonnummer oder auch die E-Mail-Adresse.

### Notfallkontakt/Angehörige

Kontakt:

### Psychiaterin/Psychiater

### Psychologin/Psychologe

Kontakt:

### Hausärztin/Hausarzt

Kontakt:

### Beiständin/Beistand

Kontakt:

### Zuständige Person KESB

Kontakt:

### Ambulante KESB-Weisung

Ja    Nein    Unbekannt

### Sozialamt/Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter

Kontakt:

### Weitere in die Behandlung involvierte Fachpersonen

Kontakt:

## Weitere Informationen

### Sozialversicherungen/Erwerbsunterstützung

#### IV-Rente

Ja  
Nein  
Unbekannt

#### IV-Anmeldung erfolgt

Ja  
Nein  
Unbekannt

#### Ergänzungsleistungen (EL)

Ja  
Nein  
Unbekannt

#### RAV

Ja  
Nein  
Unbekannt

#### Falls Ja, bitte ankreuzen

Rentenprüfung  
Berufliche Massnahme

### Wohnsituation

Eigene Wohnung (selbstständig)  
Begleitetes Wohnen  
Betreutes Wohnen  
Obdachlos  
Unbekannt

### Bemerkungen