

Standort Bolligenstrasse

Bolligenstrasse 111 | 3000 Bern 60

058 630 88 11 | bo21@upz-bern.ch

Standort Murtenstrasse

Murtenstrasse 21 | 3008 Bern

058 630 88 11 | bo21@upz-bern.ch

Zuweisung Sprechstunden Standorte Bern Bolligenstrasse und Murtenstrasse

Standort Murtenstrasse

Allgemeine Sprechstunde

ADHS-Sprechstunde für Erwachsene

Sprechstunde für Autismus im Erwachsenenalter

Sprechstunde für Affektive Störungen

Sprechstunde für Angst- und Zwangsstörungen

Sprechstunde für Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Sprechstunde für Genderfragen

Sprechstunde für Gynäkopsychiatrie

Sprechstunde für Insomnie und Hypersomnie

Sprechstunde für Patientinnen und Patienten nach
einem Suizidversuch ASSIP

Sprechstunde für Psychosen und Früherkennung

Sprechstunde für Sexualberatung

Sprechstunde für Transkulturelle Psychiatrie

Sprechstunde Hirnstimulationsverfahren

Sprechstunde zur psychiatrischen Fallbeurteilung zur Weiterführung
der Psychotherapie nach 30 Sitzungen

Sprechstunde für Zweitmeinung Depression

Standort Bolligenstrasse

Sprechstunde für Abhängigkeitserkrankungen und Sucht

Angaben Zuweiserin/Zuweiser

Institution/Praxis

PLZ/Ort

Nachname

Telefonnummer

Vorname(n)

E-Mail-Adresse

Adresse

Patientin/Patient in meiner Behandlung seit

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

Anrede (optional)

PLZ/Ort

Nachname

Telefonnummer

Vorname(n)

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Gesetzlicher Wohnsitz/Schriften in (PLZ/Ort)

Adresse

Nationalität

Geschlecht

Weiblich Divers/nonbinär
Männlich Keine Angabe

Sprachkenntnisse

Deutschkenntnisse

Sehr gut bis gut
Einfache Sprache
Keine

Muttersprache

Weitere Sprachen

Hinweis

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

Versicherung

Krankenversicherung

Versicherten-/Police-Nummer der Krankenversicherung

AHV-Nummer

Elektronisches Patientendossier (optional)

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

Ja
Nein
Unklar / kann nicht erfragt werden

Angaben zur Situation

Fragestellung

Anamnese

Diagnose oder Verdachtsdiagnose

Aktuelle Medikation inklusive Reservemedikation

Medikationsliste liegt bei
Nimmt keine Medikamente ein

Weitere Informationen (optional)

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:

Psychiater/Psychiaterin

Psychologe/Psychologin

Kontakt:

Hausärztin/Hausarzt

Kontakt:

Weitere in die Behandlung involvierte Fachpersonen

Kontakt: