

Zuweisung Stationär

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)

Telefonnummer

Nachname

E-Mail-Adresse

Vorname(n)

Geburtsdatum

Adresse

Gesetzlicher Wohnsitz/Schriften in (PLZ/Ort)

PLZ/Ort

Nationalität

Geschlecht

- Weiblich
- Männlich
- Divers/nonbinär
- Keine Angabe

Angaben Patientin/Patient

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

Versicherungsart

- Allgemein
- Zusatz allgemein ganze Schweiz
- Halbprivat
- Privat

Versicherten-/Police-Nummer der Krankenversicherung

AHV-Nummer

Versicherungsmodell (optional)

Bei ausserkantonalen Zuweisungen: Kostenübernahme für ausserkantonale Hospitalisation gedeckt?

- Ja (bitte Kostengutsprache vom Kantonsärztlichen Dienst per E-Mail an: aufnahme@upz-bern.ch und patientenmanagement@upz-bern.ch)
- Nein

Elektronisches Patientendossier (optional)

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

- Ja
- Nein
- Unklar / kann nicht erfragt werden

Minderjährige Kinder

Besteht während des stationären Aufenthalts der Patientin/des Patienten Betreuungsbedarf für minderjährige Kinder?

Bemerkungen

- Ja
- Nein

Anzahl Kinder

Angaben zur Behandlung

Aktuelle Situation / Einschätzung der Selbst-/Fremdgefährdung

Bitte kurze Beschreibung der aktuellen Problemlage und des Anmeldegrundes.
Für weitere Angaben finden Sie am Ende des Formulars ein Bemerkungsfeld.

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

Somatische Diagnose(n) / Mobilität / Pflegebedarf

Medikationsliste liegt bei
Nimmt keine Medikamente ein

Psychiatrische Diagnose(n):

**Behandlungsauftrag (z.B. Krisenintervention bei akuter Suizidalität,
Alkoholentzug, Behandlung bei psychotischer Dekompensation)**

Einschätzung der Dringlichkeit

NOTFALL (Behandlung innerhalb von 24 Stunden unabdingbar – bitte zusätzlich telefonische Kontaktaufnahme 058 630 88 11)

Elektiv

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:

Sozialamt/Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter

Kontakt:

Weitere in die Behandlung involvierte Fachpersonen

Kontakt:

Bemerkungen