

Anmeldung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung

Grund der Zuweisung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- zur diagnostischen Abklärung mit Therapieempfehlung
 zur Medikamenteneinstellung
 zur Psychotherapie
 zur Gruppentherapie
 Anderes: _____
→ Für Demenzdiagnostik siehe <https://www.memory-clinic-bern.ch/>

Beschreibung der Problematik:

Angaben Patient/in

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. P: _____

Angaben Zuweiser/in

Korrespondenz an Zuweiseradresse ja nein

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Tel: _____

e-Mail: _____

Beilagen: Somatische Diagnosen / aktuelle Berichte

Medikamentenliste

Bei Unklarheiten oder sonstige Fragen können Sie sich auch gerne an unseren Leitenden Arzt Herr Dr. med. Tilo Stauch wenden (Mail: tilo.stauch@upd.ch oder telefonisch: 031 632 46 09). Sobald die Anmeldung bei uns eingetroffen ist, setzen wir uns mit dem/der Patienten/In in Kontakt.

Ort/Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____