

## Anmeldung für die Ambulatorien

Nach Eingang der Anmeldung wird der/die Patient/in und der/die Zuweiser/in telefonisch kontaktiert und ein Indikationsgespräch wird vereinbart.

### Datum:

<u>Ambulatorium Ost</u>	<u>Ambulatorium Mitte</u>	<u>Ambulatorium GPZ (West)</u>
Bolligenstr. 111, 3000 Bern 60 Email: ambiost@upd.ch Tel.: 031 330 80 50	Murtenstr. 21, 3008 Bern Email: ambimitte@upd.ch Tel.: 031 664 18 50	Morgenstr. 83, 3018 Bern Email: gpzambi@upd.ch Tel.: 031 930 45 51 Fax: 031 930 45 59

### Zuweiser/in:

<b>Name:</b>			
<b>Adresse:</b>			
<b>Telefonnummer:</b>			
<b>E-Mail:</b>			
<b>UPD intern:</b>	<b>Station:</b>		<b>Seit:</b>

### Patient/in:

<b>Name:</b>			
<b>Vorname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Zivilstand:</b>	
<b>Wohnadresse:</b>			
<b>Telefonnummer:</b>	<b>E-Mail</b>		
<b>Schriftenort:</b>			
<b>Krankenkasse:</b>			
<b>Policen Nr.:</b>			
<b>Sozialversicherungsnummer:</b>			

## Behandlungsauftrag

<b>Auftrag und Beginn der ambulanten Behandlung:</b>			
psychiatrische Behandlung	Medikamentenabgabe	soziale Unterstützung	
Psychotherapie:			
<b>Sonstiges zum Behandlungsauftrag:</b>			
<b>Diagnosen (psychiatrisch und somatisch):</b>			
<b>Wichtige Ansprechpersonen:</b>			
<b>Hausarzt/Hausärztin:</b>			
<b>Beistand / Sozialarbeiter/in:</b>			
<b>Weitere in die Behandlung involvierte Fachkräfte:</b> (Arbeitsbereich, Wohnbereich, Spitex, etc.)			
<b>Rechtliche Situation:</b> ( FU, ambulante Weisung, KESB Weisung etc. )			
<b>IV Rente:</b>	<b>ja:</b>	<b>nein:</b>	<b>beantragt:</b>
<b>IV Anmeldung:</b>	<b>ja:</b>	<b>nein:</b>	
<b>EL:</b>	<b>ja:</b>	<b>nein:</b>	
<b>RAV:</b>	<b>ja:</b>	<b>nein:</b>	
<b>Aktuelle Situation und Bemerkungen zum Auftrag:</b>			
<b>Sprache/ Deutschkenntnisse:</b>			

**Aktuelle Medikamentenverordnung:**

Medikamentenname	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Abgabe durch

**Reservemedikation:**

**Medikamentenname:**

**Dosis:**

**Bemerkungen:**