

Zuweisung Stationär UPD

ZENTRALE ANMELDESTELLE FÜR ERWACHSENE UND ERWACHSENE 65+

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD)
Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60
Telefon 058 630 82 82, E-Mail: aufnahme@upd.ch

Angaben Zuweiser*in

Institution/Praxis

PLZ/Ort

Nachname

Telefonnummer

Vorname(n)

E-Mail-Adresse

Adresse

Patient*in 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 Patient*in

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 Patient*in

Sprachkenntnisse

Deutschkenntnisse

- Sehr gut bis gut
- Einfache Sprache
- Keine

Muttersprache

Weitere Sprachen

Hinweis

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

Versicherung

Krankenversicherung

Versicherten-/Police-Nummer der Krankenversicherung

AHV-Nummer

Versicherungsart

- Allgemein
- Zusatz allgemein ganze Schweiz
- Halbprivat
- Privat

Versicherungsmodell (optional)

Bei ausserkantonalen Zuweisungen: Kostenübernahme für ausserkantonale Hospitalisation gedeckt?

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

Elektronisches Patient*innen Dossier (optional)

Verfügt die/der Patient*in über ein elektronisches Patient*innendossier (EPD)?

- Ja
- Nein
- Unklar / kann nicht erfragt werden

Minderjährige Kinder

Besteht während des stationären Aufenthalts der/des Patient*in Betreuungsbedarf für minderjährige Kinder?

- Ja
- Nein

Bemerkungen

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 82 82)

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:

Psychiater*in

Psycholog*in

Kontakt:

Hausarzt/Hausärztin

Kontakt:

Beistand/Beiständin

Kontakt:

Zuständige Person KESB

Kontakt:

Sozialamt/Sozialarbeiter*in

Kontakt:

Weitere in die Behandlung involvierte Fachpersonen

Kontakt:

Bemerkungen