

**Forensisch-psychiatrische Station Etoine**  
Chefärztin: Prof. Dr. med. Daniela Hubl

Bolligenstrasse 111, CH – 3000 Bern 60  
Tel. 031 930 91 11, Fax 031 930 94 04  
e-mail: triage-etoine@upd.ch

**Fax 031 932 87 32**

Ärztliche Leitung der Forensisch-Psychiatrische Station Etoine  
Bolligenstrasse 111  
3000 Bern 60

**ÄRZTLICHE ANMELDUNG FÜR DIE FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE STATION ETOINE FÜR PATIENTEN  
UND PATIENTINNEN AUS RECHTMÄSSIG ANGEORDNETEM FREIHEITSENTZUG**

**Angaben Zuweiser / Zuweiserin**

Name Zuweisender Arzt / Zuweisende Ärztin:  
Institution / Forensischer Dienst des Zuweisers:  
Wie ist der Zuweiser erreichbar? Telefon / Email:

---

**Angaben Patient / Patientin**

Name, Vorname:  
Geb. Datum:  
Adresse:  
Schriftenort:  
Nationalität:  CH  andere:  
Krankenkasse und Versicherungsnummer:

---

**Zivile Patienten**

Zuweisende KESB:  
(Wenn nicht Kanton Bern) Zuständiger Kanton:  
Name Zuständiger / Zuständige ebendort:  
Zustimmung der Behörde zur **Kostenübernahme**<sup>i</sup>. Der Sicherheitsstatus wird z.K. genommen.  
 ja  nein

---

**Patienten mit Hafttitel**

Zuständiges Amt:  
Name Zuständiger / Zuständige ebendort:  
Zustimmung der Behörde zum **Sicherheitsstatus** (Etoine hat keinen Gefängnisstatus) sowie  
Übernahme der entstehenden **Kosten**<sup>i</sup>:  ja  nein

**Anlassdelikt** Sicherheitsrelevante Informationen für Station Etoine - Besonderheiten zur Si-  
cherheitsstufe:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Untersuchungshaft                        | <input type="checkbox"/> Sicherungshaft | <input type="checkbox"/> Strafvollzug              |
| <input type="checkbox"/> Massnahmenvollzug (Art. 59, 60, 61 StGB) |   | <input type="checkbox"/> Verwahrung (Art. 64 StGB) |
| <input type="checkbox"/> Administrativhaft                        | <input type="checkbox"/> Polizeihaft    | <input type="checkbox"/> anderes                   |

**Angaben zum Austritt** (obligat bei der Anmeldung)

Name der Anstalt / Institution, welche den Patienten / die Patientin nach Austritt von Station Etoine im gegebenen Fall (zurück-) übernehmen wird:

---

**Krankheitsbezogene Angaben**

Eigengefährdung:  ja  nein

Fremdgefährdung:  ja  nein

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n):

Ziel des Aufenthalts / Behandlungsauftrag:

Aktuelle Anamnese:

Aktuelle Medikation:

---

**Weitere patientenbezogene Angaben**

Relevante körperliche Vor- und Begleiterkrankungen (z.B. [ansteckende] Infektionskrankungen, limitierende somatische Diagnosen,...):  Keine  Ja, folgendes:

Konsum psychotroper Substanzen:  Keine  Ja, folgende:

(Falls zutreffend) Beistand / Vormund:

---

Ort und Datum

Unterschrift Zuweiser / Zuweiserin

---

---

<sup>i</sup> Auf Station Etoine fallen Kosten für die stationäre Krankheitsbehandlung sowie zusätzlich Sicherheitskosten an. Eine vorgängige Kostengutsprache durch den Zuweiser ist daher notwendig. Kosten können beim Patienten- und Leistungsmanagement erfragt werden.