**UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE**

Prof. Dr. med. Kristina Adorjan Ordinaria und Direktorin

|  |
| --- |
| **Sprechstunden / Ambulante Psychotherapie**  Murtenstrasse 21, CH-3008 Bern  Tel. 058 630 88 11 |

**Anmeldung ambulante Gruppenpsychotherapie**

**Anmeldung für folgende Gruppenpsychotherapie**

|  |  |
| --- | --- |
| ADHS  ASS (Autismus-Spektrum)  CBASP (Chronische Depression)  DBT Skillsgruppe (Borderline Persönlichkeitsstörung)  MBCT (Achtsamkeitsgruppe)  STARK (Patient:innen mit Migrationshintergrund) |  |

Aufnahme in die Gruppetherapie erfolgt nur nach Indikationsgespräch.

**Zuweiser** (Name, Adresse, Telefonnumer)

**Der Patient ist in psychiatrisch-psychotherapeutischer Einzelbehandlung bei**

mir (Zuweiser)  bei:

**Angaben Patient** (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Tel.-Nummer)

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose** |  |
| **Anamnese** |  |
| **Suizidalität** |  |
| **Bisherige Therapie/Medikation** |  |
| **Beilagen? (Berichte, …)** |  |

Ort, Datum, Unterschrift