

Anmeldung Ambulatorien UPD

ZENTRALE ANMELDESTELLE

Standort Bolligenstrasse
Ambulatorium Ost
Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60
Telefon 058 630 82 82, E-Mail: aufnahme@upd.ch

Standort Bümpliz
Ambulatorium Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)
Morgenstrasse 83, 3018 Bern
Telefon 058 630 82 82, E-Mail: aufnahme@upd.ch

Angaben Zuweiser*in

Institution/Praxis

PLZ/Ort

Vor- und Nachname

Telefonnummer

Adresse

E-Mail-Adresse

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

Vor- und Nachname

Telefonnummer

Adresse

E-Mail-Adresse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Geschlecht

Weiblich
Männlich
Divers/nonbinär
Keine Angabe

Zivilstand

Ledig
Verheiratet
In eingetragener Partnerschaft
Geschieden
Verwitwet
Getrennt lebend
Unbekannt

Sprachkenntnisse Deutsch

Sehr gut
Gut
Einfache Sprache, falls Deutsch nicht die Muttersprache sein sollte

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.

Angaben Patient*in

Versicherung

Krankenversicherung

Nummer Krankenversicherung

Versicherungsmodell

- Standardmodell (freie Arztwahl)
- Hausarztmodell/HMO-Modell
- Telmed-Modell (Telemedizin)
- Managed Care Modell
- Spitalzusatzversicherungen (Flex etc.)

Elektronisches Patient*innendossier

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

- Ja
- Nein
- Unklar / kann nicht erfragt werden

Anderes Versicherungsmodell

Angaben zur Behandlung

Welche Behandlungsaufträge liegen vor?

- Psychiatrische Behandlung
- Medikamentenabgabe/-überwachung
- Sozialdienstliche Unterstützung/Beratung
- Psychotherapie
- Sonstiges

Psychiatrische Diagnose(n)

Somatische Diagnose(n)

Aktuelle Situation / Grund für die Anmeldung

Bitte kurze Beschreibung der aktuellen Problemlage und des Anmeldegrundes.

Aktuelle Medikation inklusive Reservemedikation

(falls die Medikationsliste nicht beigelegt ist)

Zusätzliche Informationen können auf Seite 4 unter Bemerkungen ergänzt werden.

Medikationsliste liegt bei
Nimmt keine Medikamente ein

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:

Ambulante KESB-Weisung

Ja Nein Unbekannt

Sozialamt/Sozialarbeiter*in

Kontakt:

Weitere in die Behandlung involvierte Fachpersonen

Kontakt:

Sozialversicherungen/Erwerbsunterstützung

IV-Rente

Ja
Nein
Unbekannt

IV-Anmeldung erfolgt

Ja
Nein
Unbekannt

Ergänzungsleistungen (EL)

Ja
Nein
Unbekannt

RAV

Ja
Nein
Unbekannt

Falls Ja, bitte ankreuzen

Rentenprüfung
Berufliche Massnahme

Wohnsituation

Eigene Wohnung (selbstständig)
Begleitetes Wohnen
Betreutes Wohnen
Obdachlos
Unbekannt

Bemerkungen