

## Anmeldung Erwachsene (\*)Pflichtfelder

### Patientin / Patient (gesetzlicher Wohnsitz)

Name*	Geschlecht*
Vorname*	Telefon*
Strasse, Nr.*	E-Mail*
PLZ, Ort*	Nationalität*
Geb. Dat.*	Sprache*

### Versicherung

Kostenträger*	Vers. Nummer*
Vers-Klasse	Bemerkungen
AHV-Nummer	Hausarztmodell* Ja      Nein

### Gewünschte Leistung

#### Stationär

Notfall (Bei Notfall bitte zusätzliche telefonische Anmeldung via 058 856 53 00)

Akutpsychiatrie	Abhängigkeitserkrankungen	Alterspsychiatrie
Transitionsstation	Therapiestation: Depression und Stressfolgeerkrankung	Therapiestation: Rehabilitation

Bemerkungen zu stationärem Aufenthalt

---

#### Teilstationär

GiA Akutpsychiatrie im Home-Treatment	Tagesklinik
---------------------------------------	-------------

---

#### Ambulant

Ambulatorium	Drop-In	Memory Clinic
Gutachten	Fallbeurteilung Psychologische Psychotherapie	Heilpädagogischer Liaisdienst
Fachsprechstunde		
Konsilium	Name der Institution	

**Medizinische Angaben**

Anamnese/aktuelle Problematik\*

Behandlungsziel\*

Psychiatrische Diagnosen (wenn vorhanden, mit Bericht)

**Medizinische Angaben**

Somatische Erkrankung

Medikation/Dosierung

**Wichtige Hinweise** (für *lups* von Relevanz)

Soziale Situation, Mobilität, usw.

Wichtige Ansprechpersonen (Name, Rolle, Kontaktdaten)

Dolmetscher Notwendig\*      Ja      Nein      Sprache

**Zuweiser**

Name und Adresse Praxis/Institution\*

Tel.\*

E-Mail\*

ZSR\*

**Bitte senden Sie das digital ausgefüllte Formular und relevante Berichte per E-Mail an: anmeldung@lups.ch**