

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 Liaisondienst
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