

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR TAGESKLINIKEN PD THUN

Die schriftliche Anmeldung erfolgt durch Hausärztin, Psychiaterin, stationäre Einrichtung oder ambulante Therapeutin per Mail an pdttriagepatienten@spitalstsag.ch. Telefonische Fragen in Zusammenhang mit einer Zuweisung richten Sie bitte an 058 636 47 00. Bitte Formular in Druckschrift ausfüllen. Ein allfälliger Überweisungsbericht muss die untenstehenden Informationen beinhalten.

Einschlusskriterien

- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- Regelmässige Teilnahme am 5-Tages-Programm inkl. selbständiger Anreise,
- Während der gesamten Behandlung in der Tagesklinik sind keine Ferien möglich
- Behandlungsdauer ca. 12 Wochen
- Bereitschaft und Verfassung, um am Gruppensetting teilzunehmen
- 100% AUF während TK-Aufenthalt
- Geregelt Wohnsituation, Schriften oder Wohnsitz im Kanton Bern
- Ausreichende Deutschkenntnisse für die Teilnahme am Therapieprogramm
- Keine **akute** Selbst- oder Fremdgefährdung

Ausschlusskriterien

- Unbehandelte und im Vordergrund stehende Essstörungen
- Akute Suchtproblematik
- Bei Cannabis- und Benzodiazepin-Konsum muss eine Reduktion des Konsums möglich sein

Personendaten Patient:in

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geschlecht:
Strasse/ Nr.:
PLZ/ Ort:
Telefon-Nr.:
E-Mail:
Krankenkasse:
Versicherungs-Nr.:

Anmeldung durch

Institution/ Praxis:
Name:
Berufsgruppe:
Strasse/ Nr.:
PLZ/ Ort:
Telefon-Nr.:
E-Mail:

Zuweisungsumstände:

Anamnese:

Jetziges Leiden/ Aktuelles Problem:

Psychiatrische Diagnose(n) nach ICD-10:

Somatische Erkrankungen:

Aktuelle Medikation:

Suchtmittelkonsum und wenn ja, welche Substanz/en:

Behandlungsauftrag/ Behandlungsziel:

Eintritt:

- So bald als möglich
 ab:

Datum:

Unterschrift: