

# Zuweisungsformular

Hinweis: Handschriftlich verfasste und/oder unvollständig ausgefüllte Formulare müssen wir leider zurücksenden. Besten Dank für Ihr Verständnis.

Die mit einem Stern\* markierten Inhalte sind Pflichtfelder.

## Vorgesehen für:

stationäre Behandlung

Entzug

Entwöhnung

tagesklinische Behandlung

ambulante Behandlung

Bern

Biel/Bienne

Burgdorf

## Patient\*in

Vorname\*

Geburtsdatum\*

Strasse, Hausnummer\*

Telefonnummer

E-Mail

Krankenkasse

Sozialversicherungsnummer / AHV Nummer

Name\*

Geschlecht    m        w        divers

PLZ, Wohnort\*

Mobil

Sprache

Patient\*innen aus folgenden Kantonen benötigen eine Kostengutsprache: Glarus, Jura, Tessin, Thurgau, Schaffhausen, Wallis, Zürich.

Antrag an Kantonsarzt eingereicht?

ja        nein

## Substanz

Alkohol

Benzodiazepine

Methamphetamine

Kokain

Heroin

andere, welche

THC

Opiode

## Substitution von Opioiden

ja, welche:

verordnet:

Bezugsart:

nein

## Diagnosen

Psychiatrisch:

Somatisch:

**Psychiatrische stationäre Vorbehandlungen bekannt?**

ja, wo:

nein

**Gab es in der Vergangenheit Hinweise auf komplizierte Entzüge? z. B. epileptische Anfälle, Halluzinationen, Delir**

ja, welche:

nein

**Sind während des Aufenthalts externe somatische Termine vorgesehen?**

ja, welche:

nein

**Aktueller Zustand, Problemstellung inkl. Konsummuster**

**Aktuelle Medikation (inkl. aktuell abgegebener Reservemedikation)**

**Allergien**

ja, welche:

nein

nicht bekannt

**Suizidalität**

ja, Ergänzung:

nein

**Vorbekannte Selbst-/Fremdverletzung**

ja, welche:

nein

**Pflegerischer Betreuungsbedarf (bei stationärer Zuweisung)**

ja, welcher:

nein

**Soziale Anamnese**

### Bestehen behördliche Massnahmen?

ja, welche:

nein

### Bestehen Probleme bezüglich der Wohnsituation?

ja, welche:

nein

### Behandlungsauftrag/Ziel

### Anmeldende Ärztin / Arzt

Institution\*

Vorname\*

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer\*

E-Mail\*

In meiner Behandlung seit:

Name\*

PLZ, Wohnort

Mobil

ich wünsche die Übermittlung aller Berichte per E-Mail (HIN-verschlüsselt)

### Bemerkungen

### Involvierte Institutionen (optional)

Hausarzt

externer Sozialdienst

IV-Stelle

Beistand

Taggeldversicherung

Stationäre Psychiatrie

Psychiater\*in

Psycholog\*in

andere

Kontakt:

Kontakt:

Kontakt:

Kontakt:

Kontakt:

Kontakt:

Kontakt:

Kontakt:

Kontakt:

### Bemerkungen

### Kontakt Angehörige (optional)

Vorname

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Name

PLZ, Wohnort

Mobil