

Direktion Pflege, MTD, Soziale Arbeit

Hometreatment
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4002 Basel

Sekretariat: Tel. +41 61 325 59 00
Email : hometreatment@upk.ch

Nur für UPK-interne Zuweiser

Formular durch den
Stationsarzt/die
Stationsärztin auszufüllen

ANMELDUNG FÜR HOME TREATMENT

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Aktueller stationärer Aufenthalt auf Abteilung: _____

Voraussichtliches Austrittsdatum (c.a.): _____

Anmeldung für (bitte ankreuzen):

Längerfristige Behandlung (Kriterien: Im Kanton Basel-Stadt wohnhafte Personen von 18 bis 63 Jahren, welche in den vergangenen 2,5 Jahren mindestens drei Mal stationär-psychiatrisch aufgenommen wurden und/oder mindestens 180 Tage in stationärem Rahmen verbrachten. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten mit einer primären Suchtdiagnose oder einer im Vordergrund stehenden Demenz. Maximale Behandlungsdauer unbegrenzt. Das Angebot ist freiwillig)

Übergangsbehandlung (Kriterien: Im Kanton Basel-Stadt wohnhafte Personen ab 18 Jahren, unabhängig von der Diagnose, im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in den UPK. Maximale Behandlungsdauer 3 Monate. Das Angebot ist freiwillig)

Prozedere:

Vielen Dank für die Zuweisung! Wir setzen uns mit Ihnen in Verbindung.

Zuweisender Arzt / Ärztin: _____ Datum: _____