

**Zentrum für Psychotische Erkrankungen (ZPE)**

Ärztliche Zentrumsleitung: Prof. Dr. med. Christian Huber  
Chefarzt Klinik für Erwachsene  
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

**Gesundheitszentrum Psychiatrie Kornhausgasse**

**Frühinterventions- und Psychoseambulanz**

Ärztliche Abteilungsleitung: Jennifer Küster  
Psychologische Abteilungsleitung: Dr. phil. Barbara Bailey  
Pflegerische Abteilungsleitung: Frank Heitzler  
Kornhausgasse 7  
CH-4051 Basel  
Tel. + 41 61 325 81 02  
Fax + 41 61 325 81 01  
fruehintervention@upk.ch

**ANMELDUNG FÜR DIE FRÜHINTERVENTIONS-SPRECHSTUNDE (BEATS)**

<b>Patientenangaben:</b>		<b>FID:</b> _____
Name: _____	Vorname: _____	_____
Strasse: _____	PLZ/Ort: _____	_____
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Geb.-Datum: _____
Tel. P. _____	Tel. G. _____	Handy: _____
Krankenkasse/Police-Nr. _____		
<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat
		<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> Dolmetscher erforderlich, Sprache: _____		
<b>Vorgeschichte und ggf. genauer Arbeitsauftrag:</b>		
<b>Diagnosen/Verdachtsdiagnosen:</b>		
<b>Aktuelle und frühere Medikation, Antipsychotika? (falls ja, Dosis und seit wann?)</b>		
<b>Fragestellung</b>		
<input type="checkbox"/> Diagnostische/differentialdiagnostische Abklärung/"second opinion"		
<input type="checkbox"/> Ambulante Anbindung/Weiterbehandlung		
<input type="checkbox"/> Andere Fragestellung _____		

**Bitte zusammenfassende Berichte/KG-Inhalte mitfaxen, besten Dank.**

Zuweiser und Institution/Funktion:	Tel.
Datum:	Unterschrift/Stempel: