

Zentrum für Psychotische Erkrankungen (ZPE)

Ärztliche Zentrumsleitung: Prof. Dr. med. Stefan Borgwardt
Chefarzt und Stv. Klinikdirektor UPK Basel Klinik für Erwachsene
Klinischer Professor für Neuropsychiatrie

**Gesundheitszentrum Psychiatrie Kornhausgasse
Frühinterventions- und Psychoseambulanz**

Ärztliche Abteilungsleitung: PD Dr. med. Christina Andreou
Kornhausgasse 7
CH-4051 Basel
Tel. + 41 61 325 81 02
Fax + 41 61 325 81 01
info.ambulanz.zpe@upk.ch

ANMELDUNG FÜR DIE PSYCHOSEAMBULANZ

Patientenangaben:	FID: _____
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: _____	
Vorgeschichte (Grund für letzte Krise) und ggf. genauer Arbeitsauftrag	
Diagnosen:	
Medikation:	
Behandlungsziele, Verbesserung von:	
<input type="checkbox"/> Medikamenten-Wirksamkeit	<input type="checkbox"/> Störungs- und Behandlungswissen
<input type="checkbox"/> Verminderung der Medi-Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> Berufliche Integration
<input type="checkbox"/> Einbezug der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Integration im Freundeskreis
<input type="checkbox"/> Störungen der (sozialen) Kognition	<input type="checkbox"/> Sekundärer Alkohol-/Cannabiskonsum
<input type="checkbox"/> Einzeltherapeutisches Symptommanagement /störungsspez. KVT	<input type="checkbox"/> Healthy Lifestyle (Ernährung, Bewegung, Sozialkontakt)

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

Zuweisender Arzt:	Tel.:
Datum:	Unterschrift/Stempel:

Anmeldung Psychoseambulanz_UPKE_FO		
Letzte Anpassung: 04.01.2019/huc10	Freigabe durch: Huber, C.	03.03-017
Dokumenteneigner: Huber, C.	Freigabedatum: 14.02.2018	01 01