

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
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: | |
| | |

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

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

| | | |
|---|---------------------------|-----------|
| Anmeldung Psychoseambulanz_UPKE_FO | | |
| Letzte Anpassung: 16.02.2021/kuj12 | Freigabe durch: Huber, C. | 03.03-017 |
| Dokumenteneigner: Küster, J. | Freigabedatum: 14.02.2018 | 01 01 |