

**ANMELDUNG**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| <b>Betrifft:</b> Name, Vorname | <b>Geb. Datum:</b> |
|--------------------------------|--------------------|

Anmeldung durch: \_\_\_\_\_

**Rückmeldung/-fragen unter:** \_\_\_\_\_

**Stationäre Zuweisung akut (≤24h)**  **geplant**  ggf. Wunschdatum \_\_\_\_\_

**Ambulante Zuweisung akut (≤24h)**  **geplant**  ggf. Wunschdatum \_\_\_\_\_

**Anlass für Anmeldung:**

- Suizidal   
  1:1 Betreuung nötig   
  fremdgefährdend   
  Isobedarf   
  FU  
 Liegendtransport   
  Alter ≥65   
  Alkohol/Drogen   
  Entzug gewünscht  
 somat. instabil

**Diagnose(n) und ggf. Medikation:**

**Meldeadresse des Pat.:** \_\_\_\_\_ **Kanton:** \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  (halb)privat?

Telefon Pat: \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Psychiater/Psychotherapeut:** \_\_\_\_\_

PatientIn klinikbekannt?  ja     nein    Welche Abteilung(en)? Exis- \_\_\_\_\_

tiert ein Krisenplan?  ja     nein

Liegt eine Patientenverfügung vor?  Ja, wenn ja bitte beifügen  
 nein  
 unklar

|                                    |                             |           |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| <b>Anmeldung UPK_UPKE_FO</b>       |                             |           |
| Letzte Anpassung: 22.11.2018/gag11 | Freigabe durch: Jawhari, K. | 03.03-003 |
| Dokumenteneigner: Jawhari, K.      | Freigabedatum: 19.07.2013   | 01   02   |

Besteht eine Beistandschaft ? ja  nein

wenn ja wo? \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post, Fax an untenstehende Adresse:

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel  
Ärztliche Leitung, Patientenaufnahme und Notfallpsychiatrie  
Erwachsenen Psychiatrische Klinik  
Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4012 Basel  
Telefon: +41 61 325 51 00 / Telefax: +41 61 325 55 52