

**ANMELDUNG**

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

<b>Betreift:</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 \_\_\_\_\_

<b>Anlass für Anmeldung:</b>

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

<b>Diagnose(n) und ggf. Medikation:</b>

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

**Kanton:** \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

(halb)privat?

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

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

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