|  |
| --- |
| Anmeldung Tagesklinik KAP (Tagesprogramm und Module) |

Tagesklinik: 044 389 14 26; Ltd. Arzt & stv. Chefarzt: 044 389 14 53; Minervastrasse 145, 8032 Zürich  
Bitte Anmeldung an: triage.kap@pukzh.ch

Schnuppertag (wird von Tagesklinik eingetragen):

Name, Vorname:       Geburtsdatum:

Strasse:       PLZ, Ort:

Mobiltelefon:       Festnetz:

Krankenkasse:       Heimatort:

Zivilstand:       Konfession:

ZuweiserIn:       Tel.:       Abteilung:

**Bitte Resümee oder Austrittsbericht mit Medikation und Nebendiagnosen beilegen.**

**Falls nicht vorhanden, bitten wir Sie, die folgenden Rubriken auszufüllen:**

**Kurze Anamnese:**

**Diagnosen (nach ICD 10) & aktueller Befund:**

**Medikation:**

**Gewünschtes Angebot bitte ankreuzen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tagesprogramm (1-3x/Woche, Di.-Fr. 9.15-15.45 Uhr; Mo. 9.15-13.00 Uhr) | | | | |
| **Modulprogramm** (Halbtagesangebote, z.T. 14-täglich, z.T. wöchentlich) | | | | | |
|  | Gesprächsgruppe für  depressiv Erkrankte  (Montagmittag, wöchentlich) |  | Metakognitives Training  (Donnerstagmittag, 14-tägl.) |  | Wohlbefinden und Lebensqualität  (Donnerstagmittag, wöchentlich) |
|  | Mal- & Kunsttherapie  (Montagmittag, wöchentlich) |  | Gedächtnistraining  (Dienstagmorgen, 14-tägl.) |  | Training visueller Alltagsfunktionen  (Donnerstagmorgen, 14-tägl.) |
|  | Gemeinsam statt einsam  (Dienstagmittag, 14-tägl.) |  |  |  |  |

**Indikation für gewähltes Angebot:**

**Voraussichtliches Austrittsdatum / Spezielle Kost:**

**Datum, Unterschrift:**