**Anmeldeformular der Tagesklinik für Depressionen und Angsterkrankungen (TK D1)**

*Wir bitten Sie, das Formular vollständig auf dem Computer (oder gut leserlich von Hand) auszufüllen und per E-Mail an die Tagesklinik (tkdap@pukzh.ch) zurückzusenden. Der Entscheid über die Aufnahme des Patienten in die teilstationäre Psychotherapie wird nach einem Vorgespräch gefällt.*

**Zuweisender Psychiater/Psychotherapeut/Arzt (Name, Adresse, Tel):**

**Angaben zum Patienten:**

* Name, Vorname  
  Geschlecht  weiblich  männlich
* Geburtsdatum
* Adresse
* Angemeldeter Wohnsitz (falls nicht mit Adresse identisch)
* Festnetztelefon
* Mobiltelefon
* E-Mail
* Krankenkasse und Versicherungsmodell
* Zusatzversicherung  privat  halbprivat
* Hochdeutsch oder Schweizerdeutsch fliessend? Ja  Nein
* Suizidalität? Ja  Nein
* Alkohol-/Drogenabusus? Ja  Nein
* Schizophrenie/Psychose? Ja  Nein

**Psychiatrische Diagnosen**

siehe Zuweisungsschreiben

**Somatische Diagnosen**

siehe Zuweisungsschreiben

**Aktuelle psychopharmakologische und somatische Medikation**

siehe Zuweisungsschreiben

**Psychiatrische Vorgeschichte, Familienanamnese**

siehe Zuweisungsschreiben

**Aktuelle Soziale Situation**

* Wohnform:
* Partnerschaft/Kinder:
* Beruf:
* IV-Rente/Sozialhilfe:

**Psychotherapeutischer Behandlungsauftrag**

**Beilagen** (z.B. relevante Zuweisungsschreiben, aktuelle Laborbefunde, sonstige Befunde / Berichte, etc.)