

Anmeldeformular / Zuweiserfragebogen

Station für Traumafolgestörungen und Transkulturelle Psychotherapie (PT3)

Bitte füllen Sie dieses Formular als zuweisende Fachperson möglichst vollständig aus und senden Sie dieses zusammen mit relevanten Vorbefunden sowie – sofern vorhanden – dem ausgefüllten Selbstauskunftsfragebogen der Patientin bzw. des Patienten an die Station PT3. Die Unterlagen dienen der Vorbereitung des obligatorischen Indikationsgesprächs.

1. Angaben zur Zuweisung

Zuweisende Person / Institution:

Funktion / Berufsbezeichnung:

Kontakt (Telefon / E-Mail):

Datum der Anmeldung:

Die Zuweisung erfolgt:

☐ auf Wunsch der Patientin / des Patienten ☐ auf Wunsch der zuweisenden Fachperson

☐ auf Empfehlung / Auflage (z. B. IV, KESB, Sozialdienst) ☐ andere Motivation:

2. Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname:

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Muttersprache: _____

Krankenversicherung: _____

Professionelle Dolmetscherin / professioneller Dolmetscher erforderlich?

☐ Nein ☐ Ja, Sprache:

3. Diagnosen und relevante Befunde

Aktuelle psychiatrische Hauptdiagnose(n):

Weitere relevante Diagnosen (inkl. somatisch / Sucht / Psychose):

Bisherige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen:

☐ ambulant ☐ stationär ☐ tagesklinisch ☐ keine bekannten Vorbehandlungen

Behandlungsorte / Zeitraum:

Aktuelle Medikation:

Gab es in der Vergangenheit Therapieabbrüche?

☐ Nein ☐ Ja, Grund / Kontext:

4. Einschätzung der aktuellen Situation und Voraussetzungen

Psychische Stabilität: ☐ stabil ☐ mittelgradig instabil ☐ akut instabil

Aktuell bekannt: ☐ suizidal ☐ fremdgefährdend ☐ psychotisch

Bitte näher ausführen:

Substanzkonsum aktuell / zuletzt bekannt:

☐ kein Konsum ☐ gelegentlich ☐ regelmässig ☐ aktuell abhängig / substituiert

Falls ja: Welche Substanz(en) werden konsumiert?

Kognitive oder sprachliche Einschränkungen?

☐ Nein ☐ Ja:

Einschätzung der Voraussetzungen für eine stationäre Psychotherapie

Bitte beurteilen Sie die folgenden Punkte, soweit dies möglich ist:

Kriterium	gegeben	eingeschränkt / unklar	nicht gegeben
Ausreichende psychische Stabilität	☐	☐	☐
Absprache- und Bündnisfähigkeit	☐	☐	☐
Bereitschaft zur aktiven Arbeit an eigenen Therapiezielen	☐	☐	☐
Ausreichende äussere Sicherheit (z. B. Wohnsituation, finanzielle Situation, soziale Stabilität)	☐	☐	☐

Bemerkungen: _____

Gesamteinschätzung der Therapiefähigkeit:

☐ vollumfänglich gegeben ☐ eingeschränkt (z. B. strukturell oder kognitiv) ☐ derzeit nicht gegeben

5. Ziel der stationären Aufnahme

Was ist aus Ihrer Sicht der Behandlungsauftrag auf der Station PT3?

Was soll die Patientin bzw. der Patient nach der Therapie besser können oder wieder tun können?

Welche Schwerpunkte stehen aus Ihrer Sicht im Vordergrund?

☐ Diagnostik / Abklärung von: _____

☐ Psychische Stabilisierung

☐ Emotionsregulation und Skillstraining

☐ Verbesserung der Beziehungs- und Interaktionsfähigkeit

☐ Traumafokussierte Psychotherapie

☐ Förderung der Alltagsbewältigung

☐ Umgang mit chronischen Schmerzen und körperlichen Beschwerden

☐ Soziale und berufliche Reintegration

☐ andere:

6. Weitere Hinweise

Besteht eine Anbindung an eine nachsorgende ambulante Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, bei:

Gibt es aus Ihrer Sicht Hindernisse oder Risiken für die obligatorischen Belastungserprobungen an den Wochenenden?

☐ Nein ☐ Ja: _____

Gibt es spezielle Hinweise, die das Behandlungsteam kennen sollte?

Ort / Datum:

Unterschrift / Stempel:
