ZENTRUM PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

|  |
| --- |
| **WohnAutonom**  Moserstrasse 24 | 3014 Bern  [www.wohnautonom.ch](http://www.wohnautonom.ch) |

# Personalien

Name:

Vorname:

Aktuelle Adresse / PLZ / Ort:

E-Mail*:*

Schriften in:

Telefon:

Heimatort:

Zivilstand:

Geburtsdatum: */* */*

**Krankenkasse**

Versicherungsgesellschaft / Sektion:

Versicherungsmodell:

Persönliche Kennnummer: */* */* */*

Kartennummer:

Versicherungsdeckung: allgemein halbprivat privat

Eintritt am: um 08.00 Uhr

*Organisationseinheit (wird vom Wohncoach ausgefüllt):*

* WOCO*

* WOCP*

Hausarzt (Name, Adresse & Telefon):

Psychiater (Name, Adresse & Telefon):

**Gesetzliche Vetretung / Sozialdienst**

Name:

Vorname:

Adresse / PLZ / Ort:

Telefon:

e-mail:

**Bezugspersonen / Angehörige**

Name:

Vorname:

Bezug:

Adresse / PLZ / Ort:

Telefon:

**Datum:** //

**Wohncoach:**

*Bitte weiterleiten per Mail oder Post an:*

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD) AG  
ZENTRUM PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

**WohnAutonom**  
Moserstrasse 24

3014 Bern

info.wohnautonom@upd.ch