ZENTRUM PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

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

**Ärztliche Angaben**

**NutzerIn**, Name und Geburtsdatum

……………………………………………………………………………………………………………….

**Diagnostische Beurteilung** *(nach ICD-10)*

……………………………………………………………………………………………………………….

**Medikation**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikament | MO | MI | AB | NA | Reserve |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

**zusätzliche Unterlagen** (z. B. Arztbericht; IV-Bericht)

……………………………………………………………………………………………………………….

**Behandelnder Arzt** (welcher die Medikamente verordnet)

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

**Datum:** ……/………/………………

**Unterschrift / Stempel:** ………………………………………………………………….......................

Bitte reichen Sie das Formular direkt an nachfolgende Adresse ein:

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD) AG

ZENTRUM PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

**WohnAutonom**

Michel Abé

Moserstrasse 24

3014 Bern

Tel. 031 970 58 71

info.wohnautonom@upd.ch