**UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE**

Direktorin: Prof. Dr. med. Kristina Adorjan

|  |
| --- |
| **Sprechstunden**  Murtenstrasse 21, CH-3008 Bern  Tel. 058 632 88 11 |

**Anmeldung ambulante Gruppenpsychotherapie**

**Anmeldung für folgende Gruppenpsychotherapie**

|  |  |
| --- | --- |
| Asperger/Autismus  CBASP (chronische Depression)  DBT (Skillsgruppe)  MBCT (Achtsamkeitsgruppe)  Primäre Insomnie/Hypersomnie |  |

Aufnahme in die Gruppe erfolgt nur nach Indikationsgespräch.

**Zuweiser\*in** (Name, Adresse, Telefonnumer)

**Der/Die Patient\*in ist in psychiatrisch-psychotherapeutischer Einzelbehandlung bei:**

mir (Zuweiser\*in)  bei:

**Angaben Patient\*in** (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer)

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose** |  |
| **Anamnese** |  |
| **Suizidalität** |  |
| **Bisherige Therapie/Medikation** |  |
| **Beilagen? (Berichte, …)** |  |

Ort, Datum, Unterschrift