



**Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuz
Psychotherapeutische Praxis für Überlebende von Folter und Krieg AG**

Anmeldung für Kinder und Jugendliche (0–17)

traumafokussierte Abklärung und psychotherapeutische Behandlung¹

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobile: _____

Ich bestätige, dass die Hausärztin/der Hausarzt über die Anmeldung informiert ist.

Zuständige Hausärztin/zuständiger Hausarzt (wenn nicht identisch mit zuweisender Person)

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobile: _____

Wichtig:

Das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK und die Psychotherapeutische Praxis für Überlebenden von Folter und Krieg AG haben keine Aufnahmepflicht. Eine unvollständig ausgefüllte **Anmeldung** und (fehlende) **Anordnung** kann leider nicht berücksichtigt werden.

¹Aus Ressourcengründen entscheidet das Ambulatorium SRK erst nach erfolgter Anmeldung, ob eine allfällige Therapie durch eine ärztliche oder eine psychologische Psychotherapeutin/einen ärztlichen oder einen psychologischen Psychotherapeuten erfolgt. Deshalb bitten wir Sie, für die Patientin/den Patienten ebenfalls ein ausgefülltes Anordnungsformular mitzusenden.



Angaben zur angemeldeten Person

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w
Strasse: _____ Adresszusatz: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____
Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____
Aufenthaltsstatus: N F B C S CH
(Personen ohne Aufenthaltsstatus (Sans-Papiers) können **nicht** angemeldet werden)
Herkunftsland: _____ Seit wann in der Schweiz: _____
Muttersprache: _____
Dolmetscher/-in erforderlich: für Kind ja nein für Eltern ja nein

Name und Adresse der Eltern (wenn anders als Kind):

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Adresszusatz: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____

Kontakt Daten Schule

Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

Name der Lehrperson:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

Zusätzliche Angaben bei unbegleiteten minderjährigen Personen (UMA)

Institution der Unterbringung:

Name der Bezugsperson:

Zuständige Person bei der KESB:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

Bitte alle Fragen soweit möglich beantworten, es erspart allen zeitintensives Nachfragen

Was erwarten Sie von einer Anmeldung bei uns?

Diagnose oder Verdachtsdiagnose

Anamnese

Patientin/Patient hat Folter, Flucht oder Krieg erlebt ja nein

Aktuelle Symptomatik:

Kurze traumaspezifische Anamnese:

Kurze Sozialanamnese:

Stand Asylverfahren (wenn vorhanden Angabe Rechtsvertretung):

Medikation

nein

ja, Name des Medikamente(s):

Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen: Vergangene, aktuelle oder geplante

im Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer, wann

ambulant, wann und wo/bei wem:

stationär, wann und wo:

Pat. war bisher in keiner psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung

Berichte zu psychiatrischen/psychotherapeutischen Aufenthalten/Behandlungen müssen zwingend beigefügt werden

**Gibt es Hinweise auf schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten,
Alkohol oder andere Substanzen?**

Substanzmissbrauch/Abhängigkeit durch

Gibt es Hinweise auf Suizidalität? ja nein

Aus Ressourcengründen entscheidet das Ambulatorium SRK erst nach erfolgter Anmeldung, ob die gewünschte Behandlung durch eine ärztliche oder eine psychologische Psychotherapeutin/einen ärztlichen oder einen psychologischen Psychotherapeuten erfolgt. Deshalb bitten wir Sie, für die Patientin/den Patienten ebenfalls ein ausgefülltes **Anordnungsformular** mitzusenden. Die Anordnung finden Sie auch auf unserer Webseite beim Anmeldeformular.

Bitte **beide** vollständig ausgefüllten Formulare **signiert** per Post oder Fax an das Sekretariat des Ambulatoriums oder per E-Mail an gi.ambulatorium@redcross.ch senden (HIN-Secured).

Ambulatorium für Folter-und Kriegsopfer, Sekretariat, Werkstrasse 16, CH-3084 Wabern, Telefax +41 58 400 47 88

Unterschrift und Stempel Zuweisungsstelle

Ort/Datum:

.....