Clienia Schlössli AG  
Psychiatriezentrum Wetzikon  
Bahnhofstrasse 196  
CH-8620 Wetzikon  
Tel. +41 (0)44 931 39 39  
Fax +41 (0)44 931 39 00  
info.pzw@clienia.ch  
www.clienia.ch

**Anmeldeformular Tageskliniken Wetzikon und Uster Bitte mailen an:** [info.pzw@clienia.ch](mailto:info.pzw@clienia.ch)

1. **Patienten-Personalien**

Geburtsdatum:

Name/ Vorname      , Adresse/Ort

Telefon      , Handy

E-Mail

1. **Indikation/Ziele für Tagesklinik?**

1. **Bitte gewünschtes Programm ankreuzen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tagesklinik Wetzikon**  **Modulares Programm** u.a. mit Modulschwerpunkten:  Depression  Emotionsregulation  Schematherapie  andere | Alter **18- 39 Jahren** |
| Indikation: **F2/F3/F4/F6/F9- Erkrankungen** |
| parallele ambulant-psychiatr. Behandlung Voraussetzung |
|  | **Tagesklinik Uster** | Alter **ab 40 Jahren** |
| Indikation: **F2/F3/F4/F6/F9- Erkrankungen** |
| parallele ambulant-psychiatr. Behandlung Voraussetzung |

1. **Psychiatrische Diagnosen (ICD-10)**

1. **Körperliche Krankheiten oder Beeinträchtigungen**

1. **Aktuelle Problematik und bisheriger Behandlungsverlauf**

1. **Psychiatrische Anamnese**

1. **Suchtstoffe: Drogen, Alkohol, Nikotin, Medikamente**

1. **Suizidalität (Handlungen / Gedanken, anamnestisch und heute) – Fremdgefährdung (u.a. Gerichtsverfahren)**

1. **Medikamente**

1. **Soziale Rahmenbedingungen (Wohnen, Arbeit, usw)**

1. **Zuweiser:** Name/Vorname/Funktion:

Adresse/Klinik/Ort:       Telefon:      , E-Mail:

1. **Ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandler:** Name/Vorname/Beruf:

Adresse/ /Ort:       Telefon:      , E-Mail: