



Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 89 00  
E-Mail: [sucht.kostengutsprachen@bs.ch](mailto:sucht.kostengutsprachen@bs.ch)  
[www.sucht.bs.ch](http://www.sucht.bs.ch)

## **Indikationsstellung für eine stationäre / teilstationäre Suchttherapie oder Nachsorge**

### **Hinweis zum Ausfüllen**

Dieses Formular ist von der Indikationsstelle auszufüllen.

### **Klient/Klientin**

Name

Vorname

Geburtsdatum

---

### **Ersteller/Erstellerin der Indikation**

Institution

Name

Vorname

Telefon

Mobil

---

### **Platzierung**

Name der Einrichtung

Ort

Therapie

Nachsorge

---

**Zuständige Stelle während der stationären/teilstationären Therapie oder Nachsorge**

Institution

Name

Vorname

Telefon

Mobil

---

**Es handelt sich um eine Massnahme nach dem KESG**

ja    nein

---

**1. Psychosoziale Anamnese und schwere somatische Erkrankungen**

## 2. Kranken- / Therapiegeschichte (kurz)

---

### 3. Therapieziele / Motivation

a. aus Sicht der / des  
Klientin / Klienten

---

b. aus Sicht der  
Indikationsstelle

---

c. gemeinsam  
getroffene  
Vereinbarungen

---

d. Substanzabbau  
oder -entzug während  
des stationären  
Aufenthalts

---

#### **4. Begründung der Wahl dieser Einrichtung**

---

## 5. Getroffene Abklärungen therapeutischer Alternativen

---

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Nachdem Sie das Formular ausgefüllt haben, bitten wir Sie, dies auszudrucken und zu unterschreiben. Senden Sie die Unterlagen zusammen mit dem Gesuch der Klientin / des Klienten und der Entbindung der beruflichen Schweigepflicht an: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Sucht, Malzgasse 30, 4001 Basel