|  |
| --- |
| **Ärztlicher Bericht** |
| **Angaben zur betroffenen Person:**Name:      Vorname:      Geb.-Datum:      Staatsangehörigkeit:       | **Bitte dieses Formular retournieren an:**Staatssekretariat für Migration SEM |
| **Name und Adresse des Arztes/der Ärztin:**Name:      Vorname:      Adresse:       | **Zweck des ärztlichen Berichts:** Der vorliegende ärztliche Bericht soll Auskünfte zur Anamnese, Diagnose, Prognose sowie zur notwendigen und angemessenen Behandlung der betroffenen Person geben, damit der medizinische Sachverhalt in die laufenden Abklärungen miteinbezogen werden kann.Die nachfolgenden Daten werden vertraulich behandelt.  |

**🡪 Formular vorzugsweise elektronisch und laienverständlich ausfüllen**(https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/service/formulare.html)

# Ärztlicher Befund

 Untersuchung vom:       Behandlung vom:       bis:

## **Anamnese**

 (Familie, Herkunftsland, Ankunft in der Schweiz, frühere Krankheiten oder Unfälle, besonders schwere somatische oder psychische Situation [z.B. Angaben über Gewalterfahrung])

## **Angegebene Beschwerden**

## **Status**

 (Allgemein- und Lokalstatus, beeinträchtigte körperliche oder geistige Funktionen, Süchte, Laborresultate, Rx, EKG, EEG, usw.)

## **Verlauf**

# Diagnose

 (Für Psychiatrie gemäss ICD 10)

# Behandlung

## **Gegenwärtige Behandlung**

 seit       voraussichtlich bis

 Wenn ja, welche?

## **Notwendige und angemessene Behandlung**

 seit       voraussichtlich bis

 Wenn ja, welche?

## **Welche Kontrolluntersuchungen müssen gewährleistet sein, um die Behandlung gem. Ziff. 3.2 durchführen zu können?**

# Behandlungsprognose

## Prognose ohne Behandlung im Sinne von Ziff. 3.2

 [ ]  gegenwärtig und/oder [ ]  zukünftig

## Prognose mit Behandlung im Sinne von Ziff. 3.2

 [ ]  gegenwärtig und/oder [ ]  zukünftig

# Allfällige Bemerkungen des Arztes/der Ärztin

Das Staatssekretariat für Migration SEM ersucht Sie, allfällige Spital- oder Arztberichte von Spezialisten genau zu bezeichnen, damit diese im Bedarfsfall durch einen ärztlichen Gutachter/eine ärztliche Gutachterin angefordert werden können.

Beilagen:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Ort und Datum) (Stempel und Unterschrift des Arztes oder der Ärztin)

**Bitte dieses Formular auf dem Postweg an die zuständige Stelle des SEM senden,
besten Dank!**

O Staatssekretariat für Migration, Quellenweg 6, 3003 Bern-Wabern

O Bundesasylzentrum Bern, Quellenweg 6, 3003 Bern

O Bundesasylzentrum Altstätten, Bleichemühlistrasse 6, 9450 Altstätten

O Bundesasylzentrum Basel, Freiburgstrasse 50, 4057 Basel

O Bundesasylzentrum Zürich, Förrlibuckstrasse 110, 8005 Zürich

O Centre fédéral pour requérants d'asile, Rue de l'Hôpital 60, 2017 Boudry

O Centro federale d'asilo, Via Milano 23, 6830 Chiasso