

1. INSCRIPTION AUX SERVICES AMBULATOIRES

L'inscription écrite à la Privatlinik Wyss est effectuée par votre médecin de famille, votre psychiatre ou votre thérapeute ambulatoire. Veuillez remplir le formulaire en lettres d'imprimerie ainsi qu'en noir et l'envoyer à anmeldung@privatlinik-wyss.ch.

Urgence cas d'urgence (immédiate) dès que possible à partir de _____

Patient*^e

Prénom _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____ Sexe m f divers

Rue / Numéro _____ NPA / Localité _____

Téléphone _____ Mobile _____

E-mail _____

État civil célibataire partenariat enregistré marié séparé

divorcé(e) veuf/veuve inconnu

Statut d'assurance général général toute la CH semi-privé privé

Assurance de base _____

Assurance complémentaire _____

Carte d'assurance Numéro _____

Dossier électronique du patient (EPD): La*le patient*^e dispose d'un dossier EPD. Privatlinik Wyss télécharge les documents relatifs au traitement dans le dossier EPD.

La*le patient*^e dispose d'un dossier EPD et ne souhaite pas qu'un document soit téléchargé par Privatlinik Wyss.

La*le patient*^e n'a pas de dossier EPD.

Inconnu

Institutions impliquées (si impliquées, impliquées/participantes, veuillez indiquer les coordonnées)

Service social externe Contact _____

Office AI Contact _____

Curateur Contact _____

Ass. indemnités journalières Contact _____

Autre Contact _____

Proches

Prénom _____ Nom de famille _____

Rue / Numéro _____ NPA / Localité _____

Téléphone _____ Mobile _____

E-mail _____

Diagnostic

Etat actuel / Problème

Tendance suicidaire

oui

non

non pas claire

Dépendance (même secondaire)

oui

non

Maladies somatiques concomitantes

Médication actuelle

Demande de traitement

Remarques

Date _____ Signature _____

2. PRESCRIPTION PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE DES SERVICES AMBULATOIRES

L'inscription écrite à la Privatlinik Wyss est effectuée par votre médecin de famille, votre psychiatre ou votre thérapeute ambulatoire. Veuillez remplir le formulaire en lettres d'imprimerie ainsi qu'en noir et l'envoyer à anmeldung@privatlinik-wyss.ch.

Patient*e

| | | | |
|--|--|---|---|
| Prénom | _____ | Nom de famille | _____ |
| Date de naissance | _____ | Sexe | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> divers |
| Rue / Numéro | _____ | NPA / Localité | _____ |
| Téléphone | _____ | Mobile | _____ |
| E-mail | _____ | | |
| État civil | <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> partenariat enregistré | <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé |
| | <input type="checkbox"/> divorcé(e) | <input type="checkbox"/> veuf/veuve | <input type="checkbox"/> inconnu |
| Statut d'assurance | <input type="checkbox"/> général | <input type="checkbox"/> général toute la CH | <input type="checkbox"/> semi-privé <input type="checkbox"/> privé |
| | Assurance de base | _____ | |
| | Assurance complémentaire | _____ | |
| Carte d'assurance no. | _____ | | |
| Dossier électronique du patient (EPD): | <input type="checkbox"/> La*le patient*e dispose d'un dossier EPD. Privatlinik Wyss télécharge les documents relatifs au traitement dans le dossier EPD. | | |
| | <input type="checkbox"/> La*le patient*e dispose d'un dossier EPD et ne souhaite pas qu'un document soit téléchargé par Privatlinik Wyss. | | |
| | <input type="checkbox"/> La*le patient*e n'a pas de dossier EPD. | | |
| | <input type="checkbox"/> Inconnu | | |

Psychothérapeute / Hôpital / Organisations

| | | | |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Nom / Institution | Privatlinik Wyss AG | RCC ou GLN | E738602 |
| Rue / Numéro | Fellenbergstrasse 34 | NPA / Localité | 3053 Münchenbuchsee |
| Téléphone | +41 (0)31 868 33 33 | | |
| E-mail | info@privatlinik-wyss.ch | | |
| Motif du traitement | <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> AI / AM <input type="checkbox"/> autre _____ |

Prescription

Prière de ne cocher qu'une seule case.

| | | |
|----------------|---|--|
| Prescription 1 | <input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.) | <input type="checkbox"/> Intervention de crise/thé-rapie brève (10 séances max.) |
| Prescription 2 | <input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.) | <input type="checkbox"/> Traitement après 30 séances |

Médecin prescripteur

| | | | |
|--------------|-------|----------------|-------|
| Prénom | _____ | Nom de famille | _____ |
| Rue / Numéro | _____ | NPA / Localité | _____ |

Téléphone _____ RCC ou GLN _____
E-mail _____
En traitement depuis _____
 Je souhaite recevoir tous les rapports par e-mail (crypté HIN)

Psychothérapeute ambulatoire (psychologue, médecin)

Prénom _____ Nom de famille _____
Rue / Numéro _____ NPA / Localité _____
Téléphone _____ Mobile _____
E-mail _____
En traitement depuis _____
 Je souhaite recevoir tous les rapports par e-mail (crypté HIN)

Remarques

Date _____ Signature _____