

ANMELDUNG KONSILIUM AMBULANTE DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik Wyss erfolgt durch Ihre*in Hausarzt*in, Ihre*in Psychiater*in oder Ihre ambulante*n Therapeut*in. Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben sowie in schwarzer Schrift aus und senden Sie dieses für die Region Bern an sekretariatambibern@pkwyss.ch oder für die Region Biel an sekretariatambibiel@pkwyss.ch.

Patient*in

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w divers _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

Zivilstand ledig eingetr.Partnerschaft verheiratet getrennt
 geschieden verwittwet unbekannt

Versicherungsstatus allgemein allgemein ganze Schweiz halbprivat privat

Grundversicherung _____

Zusatzversicherung _____

Versicherungskarte Nr. _____

Elektronisches Patientendossier (EPD): Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatlinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier.

Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatlinik Wyss hochgeladen wird.

Patient*in hat kein EPD-Dossier.

unbekannt

Erstellungsdatum _____ Auftraggeber _____

Abteilung _____ Telefon Abteilung _____

Psychiatrische*r/psychologische*e Vor- und Mitbehandler*in _____

Krankheit Unfall Datum _____

Untersuchung vom _____ Notfall Aufbieten

Klinische Angaben (Anamnese, Operationen, ggf. Therapie)

Somatische Diagnosen

Fragestellung / Verdachtsdiagnose (zwingend immer auszufüllen)

Aktuelle Medikation (somatische Medikation, allfällig bereits vorhandene Psychopharmaka)

Beurteilung der Dringlichkeit

- Sehr dringend (akute vitale Gefährdung). Telefonische Anmeldung zwingend durch die*den Zuweiser*in von Montag bis Freitag während den Öffnungszeiten an Telefon+41(0)31 868 37 60, ausserhalb der Öffnungszeiten an Telefon +41 (0)31 868 33 11.
- Dringend (starker Leidensdruck, problematisches Verhalten)
- Reguläres Konsil

Beschreibung der Dringlichkeitseinschätzung _____

Liegt eine unmittelbare und akute Selbst- oder Fremdgefährdung vor:
Ist die*der Patient*in krankheitseinsichtig:

- Ja Nein
 Ja Nein

Bemerkungen

Anmeldende*r Arzt*in

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

In meiner Behandlung seit _____

- Ich wünsche die Übermittlung aller Berichte per E-Mail (HIN-verschlüsselt)

Datum _____ Unterschrift _____