

1. ANMELDUNG AMBULANTE DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik Wyss erfolgt durch Ihre*n Hausarzt*in, Ihre*n Psychiater*in oder Ihre ambulante*n Therapeut*in. Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben sowie schwarzer Schrift aus und senden Sie dieses an anmeldung@privatlinik-wyss.ch.

Dringlichkeit Notfall (sofort) so bald als möglich ab _____

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 CH 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

Involvierte Institutionen (wenn involviert, einbezogen/beteiligt, bitte Kontaktdaten angeben)

externer Sozialdienst Kontakt _____

IV-Stelle Kontakt _____

Beistand Kontakt _____

Taggeldversicherung Kontakt _____

andere Kontakt _____

Angehörige

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

Diagnose

Aktueller Zustand / Problemstellung

Suizidalität

 ja nein unklar

Suchtverhalten (auch sekundär)

 ja nein

Somatische Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikation

Behandlungsauftrag

Bemerkungen

Datum _____

Unterschrift _____

2. ANORDNUNG PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE DER AMBULANTEN DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik Wyss erfolgt durch Ihre*n Hausarzt*in, Ihre*n Psychiater*in oder Ihre ambulante*n Therapeut*in. Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben sowie schwarzer Schrift aus und senden Sie dieses an anmeldung@privatlinik-wyss.ch.

Patient*in

Vorname _____	Nachname _____
Geburtsdatum _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers
Strasse/Nr. _____	PLZ/Wohnort _____
Telefon _____	Mobile _____
E-Mail _____	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwittwet <input type="checkbox"/> unbekannt
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> allgemein ganze CH <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat Grundversicherung _____ Zusatzversicherung _____
Versicherungskarte Nr.	_____
Elektronisches Patientendossier (EPD):	
<input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatlinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier.	
<input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatlinik Wyss hochgeladen wird.	
<input type="checkbox"/> Patient*in hat kein EPD-Dossier.	
<input type="checkbox"/> unbekannt	

Psychotherapeut*in / Spital / Organisationen

Name / Institution Privatlinik Wyss AG	ZSR oder GLN E738602
Strasse/Nr. Fellenbergstrasse 34	PLZ/Ort 3053 Münchenbuchsee
Telefon +41 (0)31 868 33 33	
E-Mail info@privatlinik-wyss.ch	
Behandlungsgrund	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> andere _____

Anordnung Bitte nur ein Kästchen ankreuzen

Anordnung 1 <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)
Anordnung 2 <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen

Anordnende*r Arzt*in

Vorname _____ Nachname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____
Telefon _____ ZSR oder GLN _____
E-Mail _____

In meiner Behandlung seit _____

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

Ambulante*r Psychotherapeut*in (Psycholog*in, 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)

Bemerkungen

Datum _____ Unterschrift _____