

## 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](mailto: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](mailto: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 \_\_\_\_\_