PRIVATKLINIK WYSS

SEIT 1845

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR TAGESKLINIK

Die schriftliche Anmeldung in der Privatklinik Wyss erfolgt durch Ihre*n Hausarzt*in, Ihre*n Psychiater*in oder Ihre ambulante*n Therapeut*in per E-Mail an anmeldung@privatklinik-wyss.ch mittels Zuweisungsformular. Zwecks Einholung einer Kostengutsprache wird das Zeugnis an den Vertrauensarzt der Krankenkasse weitergeleitet. Telefonische Fragen in Zusammenhang mit einer Zuweisung richten Sie bitte an
Telefon +41 (0)31 868 36 14. Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

Einschlusskriterien

- Eine regelmässige und pünktliche Teilnahme, inklusive selbständiger Bewältigung der Anreise, ist erforderlich
- Bereitschaft und Verfassung, um am Gruppensetting teilzunehmen
- Die Betreuung Dritter muss sichergestellt sein, es können keine Kinder oder Haustiere in dieTagesklinik mitgebracht werden
- Es muss eine Wohnmöglichkeit (Schriften in Kanton BE) vorhanden sein
- Die Verständigung in deutscher Sprache ist erforderlich
- Mindestalter 18 Jahre
- Keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung sowie die Bereitschaft, sich an das Notfallprozedere imFalle psychischer Krisen zu halten
- Wir setzen eine vorhandene Nachbehandlung voraus

Ausschlusskriterien

- Akut psychotische Symptomatik
- Unbehandelte Essstörungen und/oder BMI unter 17
- Akute Suchtproblematik: eine vereinbarte Abstinenz oder kontrollierter Konsum kann nicht aufrechtgehalten werden
- Schwere Selbstverletzungen

Vorgeschlagenes Behandlungsprogramm Tagesklinik

Musterwochenpläne der Programme befinden sich unter www.privatklinik-wyss.ch/leistungsangebot/behandlung/tagesklinik

☐ Tagesklinik TK5 (5 Tages-Programm, Mo - Fr) ☐ Akuttagesklinik ATK (3 Tages-Programm)

Dringlichkeit ☐ 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. _____

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 _____

Diagnosen zuhanden des Kostenträgers (psychiatrisch und somatisch)

Aktueller Zustand / Problemstellung

Suizidalität ☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Suchtleiden (auch sekundär) ☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Somatische Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikation

Behandlungsauftrag

Anmeldende*r Arzt*in / Therapeut*in

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

In meiner Behandlung seit _____

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

Weiter*e involvierte*r Arzt*in / Therapeut*in

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

Bemerkungen

_____

Datum _____ Unterschrift _____