PRIVATKLINIK WYSS
SEIT 1845

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR STATIONÄREN AUFENTHALT

Die schriftliche Anmeldung in der Privatklinik Wyss erfolgt durch Ihre*n Hausarzt*in, Psychiater*in oder ambulante*n Therapeut*in an die Adresse anmeldung@privatklinik-wyss.ch mittels Zuweisungsformular. Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

Dringlichkeit ☐ Notfall (sofort) zusätzl. Kontaktaufnahme: 031 868 36 14 ☐ 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. _____

Ausserkantonale Hospitalisation: ja wenn der*die Patient*in über keine Zusatzversicherung für Spitäler in der ganzen Schweiz verfügt, bitte Formular für ausserkantonale Zuweisung ausfüllen und zusammen mit dieser Zuweisung zusenden.

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, für stationäre Zuweisung: Indikationen zur stationären Behandlung/Begründung für die Akutspitalbedürftigkeit)

Aktueller Zustand/Problemstellung

Suizidalität	☐ ja	☐ nein	☐ unklar
Erhöhter pflegerischer Betreuungsbedarf (bei stationärer Zuweisung)	☐ ja	☐ nein	☐ unklar
Suchtleiden (auch sekundär)	☐ ja	☐ nein	

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 E-Mail (HIN-verschlüsselt)

Weitere*r involvierte*r Arzt*in/Therapeut*in

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

Bemerkungen

_____

Datum _____ Unterschrift _____