PRIVATKLINIK WYSS

SEIT 1845

# 1. ANMELDUNG AMBULANTE DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatklinik 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@privatklinik-wyss.ch.

**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 _____

**Diagnose**

**Aktueller Zustand / Problemstellung**

**Suizidalität** ☐ ja ☐ nein ☐ unklar

**Suchtleiden** (auch sekundär) ☐ ja ☐ nein

**Somatische Begleiterkrankungen**

**Aktuelle Medikation**

**Behandlungsauftrag**

**Bemerkungen**

Datum _____ Unterschrift _____

PRIVATKLINIK WYSS

SEIT 1845

# 2. ANORDNUNG PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE DER AMBULANTEN DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatklinik 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@privatklinik-wyss.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 CH ☐ halbprivat ☐ privat

Grundversicherung _____

Zusatzversicherung _____

Versicherungskarte Nr. _____

**Psychotherapeut*in / Spital / Organisationen**

Name / Institution Privatklinik Wyss AG ZSR oder GLN E738602

Strasse/Nr. Fellenbergstrasse 34 PLZ/Ort 3053 Münchenbuchsee

Telefon +41 (0)31 868 33 33

E-Mail info@privatklinik-wyss.ch

Behandlungsgrund ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV/MV ☐ andere _____

**Anordnung** Bitte nur ein Kästchen ankreuzen

Anordnung 1 ☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) ☐ Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)

Anordnung 2 ☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) ☐ 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 _____