PRIVATKLINIK WYSS

SEIT 1845

ANMELDUNG KONSILIUM 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 in schwarzer Schrift aus und senden Sie dieses an sekretariat-ambi@pkwyss.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 Schweiz ☐ halbprivat ☐ privat

Grundversicherung _____

Zusatzversicherung _____

Versicherungskarte Nr. _____

Erstellungsdatum _____ Auftraggeber _____

Abteilung _____ Telefon Abteilung _____

Psychiatrische*r/psychologische*e Vor- und Mitbehandler*in _____

☐ Krankheit ☐ Unfall Datum _____

Untersuchung vom _____ ☐ Notfall ☐ Aufbieten

Klinische Angaben (Anamnese, Operationen, ggf. Therapie)

Somatische Diagnosen

Fragestellung / Verdachtsdiagnose (zwingend immer auszufüllen)

Aktuelle Medikation (somatische Medikation, allfällig bereits vorhandene Psychopharmaka)

Beurteilung der Dringlichkeit

- ☐ Sehr dringend (akute vitale Gefährdung). Telefonische Anmeldung zwingend durch die*den Zuweiser*in von Montag bis Freitag während den Öffnungszeiten an Telefon+41(0)31 868 37 60, ausserhalb der Öffnungszeiten an Telefon +41 (0)31 868 33 11.
- ☐ Dringend (starker Leidensdruck, problematisches Verhalten)
- ☐ Reguläres Konsil

Beschreibung der Dringlichkeitseinschätzung

Liegt eine unmittelbare und akute Selbst- oder Fremdgefährdung vor: ☐ Ja ☐ Nein
Ist die*der Patient*in krankheitseinsichtig: ☐ Ja ☐ Nein

Bemerkungen

Anmeldende*r 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)

Datum _____ Unterschrift _____