PRIVATKLINIK WYSS

SEIT 1845

1. ANMELDUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN 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 bitte an die jeweilige E-Mailadresse, welche gemäss Anordnung aufgeführt ist:

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

Bemerkungen

Datum _____ Unterschrift _____

Stand: 18.11.2026

PRIVATKLINIK WYSS

SEIT 1845

2. ANORDNUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN DER AMBULANTEN DIENSTE

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

Angebot Gruppentherapien

a) Gruppentherapien deutsch am Standort in Bern:

☐ Wenn der Blues zu lange spielt. Wege aus der Depression
☐ Feuer und Flamme – ausgebrannt? Wege aus dem Burnout
☐ Emotionale Turbulenzen? Wege zu mehr Gelassenheit
☐ Unsicher? Sicher! Wege zu mehr Selbstsicherheit
☐ Selbstfürsorge bei Brustkrebs
☐ Nur keine Panik! Wege aus der Angst

Anmeldeformular bitte ausgefüllt per E-Mail an sekretariatambibern@pkwyss.ch oder per Post an Privatklinik Wyss AG, Ambulante Dienste Bern, Schläflistrasse 17, 3013 Bern einsenden.

b) Deutsch am Standort in Münchenbuchsee:

☐ CBASP-Therapie bei chronischer Depression
☐ Vom Zwang gefangen. Wege aus dem Zwang.

Anmeldeformular bitte ausgefüllt per E-Mail an planungsstelle@privatklinik-wyss.ch oder per Post an Privatklinik Wyss AG, Fellenbergstrasse 34, 3053 Münchenbuchsee einsenden.

Behandlung Anmerkungen zur Behandlung

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 _____