

## 1. INSCRIPTION AUX SERVICES AMBULATOIRES

L'inscription écrite à la Privatlinik Wyss est effectuée par votre médecin de famille, votre psychiatre ou votre thérapeute ambulatoire. Veuillez remplir le formulaire en lettres d'imprimerie ainsi qu'en noir et l'envoyer à [anmeldung@privatlinik-wyss.ch](mailto:anmeldung@privatlinik-wyss.ch).

**Urgence**     cas d'urgence (immédiate)     dès que possible     à partir de \_\_\_\_\_

### Patient\*<sup>e</sup>

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe     m     f     divers

Rue / Numéro \_\_\_\_\_ NPA / Localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Statut d'assurance     général     général toute la CH     semi-privé     privé

Assurance de base \_\_\_\_\_

Assurance complémentaire \_\_\_\_\_

Carte d'assurance Numéro \_\_\_\_\_

Dossier électronique du patient (EPD):  La\*le patient\*<sup>e</sup> dispose d'un dossier EPD. Privatlinik Wyss télécharge les documents relatifs au traitement dans le dossier EPD.

La\*le patient\*<sup>e</sup> dispose d'un dossier EPD et ne souhaite pas qu'un document soit téléchargé par Privatlinik Wyss.

La\*le patient\*<sup>e</sup> n'a pas de dossier EPD.

Inconnu

### Institutions impliquées (si impliquées, impliquées/participantes, veuillez indiquer les coordonnées)

Service social externe    Contact \_\_\_\_\_

Office AI    Contact \_\_\_\_\_

Curateur    Contact \_\_\_\_\_

Ass. indemnités journalières    Contact \_\_\_\_\_

Autre    Contact \_\_\_\_\_

### Proches

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Rue / Numéro \_\_\_\_\_ NPA / Localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## Diagnostic

---

## Etat actuel / Problème

---

**Tendance suicidaire**

oui

non

non pas claire

**Dépendance** (même secondaire)

oui

non

**Maladies somatiques concomitantes**

---

**Médication actuelle**

---

**Demande de traitement**

---

**Remarques**

---

Date

Signature

## 2. PRESCRIPTION PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE DES SERVICES AMBULATOIRES

L'inscription écrite à la Privatlinik Wyss est effectuée par votre médecin de famille, votre psychiatre ou votre thérapeute ambulatoire. Veuillez remplir le formulaire en lettres d'imprimerie ainsi qu'en noir et l'envoyer à [anmeldung@privatlinik-wyss.ch](mailto:anmeldung@privatlinik-wyss.ch).

### Patient\*e

Prénom	Nom de famille
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> divers
Rue / Numéro	NPA / Localité
Téléphone	Mobile
E-mail	
Statut d'assurance	<input type="checkbox"/> général <input type="checkbox"/> général toute la CH <input type="checkbox"/> semi-privé <input type="checkbox"/> privé
	Assurance de base
	Assurance complémentaire
Carte d'assurance no.	
Dossier électronique du patient (EPD):	<input type="checkbox"/> La*le patient*e dispose d'un dossier EPD. Privatlinik Wyss télécharge les documents relatifs au traitement dans le dossier EPD.
	<input type="checkbox"/> La*le patient*e dispose d'un dossier EPD et ne souhaite pas qu'un document soit téléchargé par Privatlinik Wyss.
	<input type="checkbox"/> La*le patient*e n'a pas de dossier EPD.
	<input type="checkbox"/> Inconnu

### Psychothérapeute / Hôpital / Organisations

Nom / Institution	Privatlinik Wyss AG	RCC ou GLN	E738602
Rue / Numéro	Fellenbergstrasse 34	NPA / Localité	3053 Münchenbuchsee
Téléphone	+41 (0)31 868 33 33		
E-mail	info@privatlinik-wyss.ch		
Motif du traitement	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI / AM <input type="checkbox"/> autre		

### Prescription

Prrière de ne cocher qu'une seule case.

Prescription 1	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)	<input type="checkbox"/> Intervention de crise/thé-rapie brève (10 séancesmax.)
Prescription 2	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)	<input type="checkbox"/> Traitement après30 séances

### Médecin prescripteur

Prénom	Nom de famille
Rue / Numéro	NPA / Localité
Téléphone	RCC ou GLN
E-mail	

En traitement depuis \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir tous les rapports par e-mail (crypté HIN)

**Psychothérapeute ambulatoire (psychologue, médecin)**

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

Rue / Numéro \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

En traitement depuis \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir tous les rapports par e-mail (crypté HIN)

**Remarques**

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_