

1. INSCRIPTION AUX SERVICES AMBULATOIRES

L'inscription écrite à la Privatklinik 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@privatklinik-wyss.ch.

Urgence

☐ dès que possible

☐ à partir de _____

Patient*^e

Prénom _____

Nom de famille _____

Date de naissance _____

Sexe

☐ m

☐ f

☐ divers

Rue / Numéro _____

NPA / Localité _____

Téléphone _____

Mobile _____

E-mail _____

État civil

☐ célibataire

☐ partenariat enregistré

☐ marié

☐ séparé

☐ divorcé(e)

☐ veuf/veuve

☐ inconnu

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*^e dispose d'un dossier EPD. Privatklinik Wyss télécharge les documents relatifs au traitement dans le dossier EPD.

☐ La*le patient*^e dispose d'un dossier EPD et ne souhaite pas qu'un document soit téléchargé par Privatklinik Wyss.

☐ La*le patient*^e 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.

Patient*e

Prénom				Nom de famille			
Date de naissance				Sexe	☐ m	☐ f	☐ divers
Rue / Numéro				NPA / Localité			
Téléphone				Mobile			
E-mail							
État civil	☐ célibataire	☐ partenariat enregistré	☐ marié	☐ séparé			
	☐ divorcé(e)	☐ veuf/veuve	☐ inconnu				
Statut d'assurance	☐ général	☐ général toute la CH	☐ semi-privé	☐ privé			
	Assurance de base						
	Assurance complémentaire						
Carte d'assurance no.							
Dossier électronique du patient (EPD):	☐ La*le patient*e dispose d'un dossier EPD. Privatlinik Wyss télécharge les documents relatifs au traitement dans le dossier EPD. ☐ La*le patient*e dispose d'un dossier EPD et ne souhaite pas qu'un document soit téléchargé par Privatlinik Wyss. ☐ La*le patient*e n'a pas de dossier EPD. ☐ 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	☐ Maladie ☐ Accident ☐ AI / AM ☐ autre		

Prescription Prière de ne cocher qu'une seule case.

Prescription 1	☐ Psychothérapie (15 séances max.)	☐ Intervention de crise/thé-rapie brève (10 séancesmax.)
Prescription 2	☐ Psychothérapie (15 séances max.)	☐ Traitement après 30 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 _____