

1. ANMELDUNG AMBULANTE DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik 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@privatlinik-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. _____

Elektronisches Patientendossier (EPD): ☐ Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatlinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier.

☐ Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatlinik Wyss hochgeladen wird.

☐ Patient*in hat kein EPD-Dossier.

☐ unbekannt

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

Stand: 29.01.2026

Behandlungsauftrag

Bemerkungen

Datum

Unterschrift

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 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers
Strasse/Nr. _____	PLZ/Wohnort _____
Telefon _____	Mobile _____
E-Mail _____	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwittwet <input type="checkbox"/> unbekannt	
Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> allgemein ganze CH <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat Grundversicherung _____ Zusatzversicherung _____	
Versicherungskarte Nr. _____	
Elektronisches Patientendossier (EPD): <input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatklinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier. <input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatklinik Wyss hochgeladen wird. <input type="checkbox"/> Patient*in hat kein EPD-Dossier. <input type="checkbox"/> unbekannt	

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 <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> andere _____	

Anordnung Bitte nur ein Kästchen ankreuzen

Anordnung 1 <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	Anordnung 1 <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)
Anordnung 2 <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	Anordnung 2 <input type="checkbox"/> 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 _____