

1. ANMELDUNG 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 schwarzer Schrift aus und senden Sie dieses an anmeldung@privatklinik-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 Privatklinik Wyss lädt behandlungs-relevante Dokumente ins EPD-Dossier.
 Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatklinik 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): Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatklinik Wyss lädt behandlungs-relevante Dokumente ins EPD-Dossier.

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

Patient*in hat kein EPD-Dossier.

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

Stand: 29.01.2026

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 _____