

## 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](mailto:anmeldung@privatlinik-wyss.ch).

**Dringlichkeit**    Notfall (sofort)    so bald als möglich    ab \_\_\_\_\_

### Patient\*in

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht    m    w    divers

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

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

### Suchtverhalten (auch sekundär)

 ja nein

### Somatische Begleiterkrankungen

---

**Aktuelle Medikation**

---

**Behandlungsauftrag**

---

**Bemerkungen**

---

Datum

Unterschrift

## 2. ANORDNUNG PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE DER AMBULANTEN 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](mailto:anmeldung@privatlinik-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	
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 Privatlinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier.
	<input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatlinik Wyss hochgeladen wird.
	<input type="checkbox"/> Patient*in hat kein EPD-Dossier.
	<input type="checkbox"/> unbekannt

### Psychotherapeut\*in / Spital / Organisationen

Name / Institution Privatlinik Wyss AG	ZSR oder GLN E738602
Strasse/Nr. Fellenbergstrasse 34	PLZ/Ort 3053 Münchenbuchsee
Telefon +41 (0)31 868 33 33	
E-Mail info@privatlinik-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)

**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 \_\_\_\_\_