

## 1. ANMELDUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN DER AMBULANTEN DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatklinik Wyss erfolgt durch Ihre\*in 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 bitte an die jeweilige E-Mailadresse, welche gemäss Anordnung aufgeführt ist:

**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  allgemein  allgemein ganze CH  halbprivat  privat  
 Grundversicherung \_\_\_\_\_  
 Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Versicherungskarte Nr. \_\_\_\_\_

Elektronisches Patientendossier (EPD):  Patient\*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatklinik Wyss lädt behandlungsrelevante 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)

<input type="checkbox"/> externer Sozialdienst	Kontakt
<input type="checkbox"/> IV-Stelle	Kontakt
<input type="checkbox"/> Beistand	Kontakt
<input type="checkbox"/> Taggeldversicherung	Kontakt
<input type="checkbox"/> 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

---

## Bemerkungen

---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## 2. ANORDNUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN DER AMBULANTEN DIENSTE

### 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

### 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  Krankheit  Unfall  IV/MV  andere

### Anordnung Bitte nur ein Kästchen ankreuzen

Anordnung 1  Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)  Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)

Anordnung 2  Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)  Behandlung nach 30 Sitzungen

## Angebot Gruppentherapien

a) Gruppentherapien deutsch am Standort in Bern:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wenn der Blues zu lange spielt. Wege aus der Depression | <input type="checkbox"/> Feuer und Flamme – ausgebrannt? Wege aus dem Burnout |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Turbulenzen? Wege zu mehr Gelassenheit       | <input type="checkbox"/> Unsicher? Sicher! Wege zu mehr Selbstsicherheit      |
| <input type="checkbox"/> Selbstfürsorge bei Brustkrebs                           | <input type="checkbox"/> Nur keine Panik! Wege aus der Angst                  |

Anmeldeformular bitte ausgefüllt per E-Mail an [sekretariatambibern@pkwyss.ch](mailto:sekretariatambibern@pkwyss.ch) oder per Post an Privatklinik Wyss AG, Ambulante Dienste Bern, Schläflistrasse 17, 3013 Bern einsenden.

b) Deutsch am Standort in Münchenbuchsee:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CBASP-Therapie bei chronischer Depression | <input type="checkbox"/> Vom Zwang gefangen. Wege aus dem Zwang. |
|--|--|

Anmeldeformular bitte ausgefüllt per E-Mail an [planungsstelle@privatklinik-wyss.ch](mailto:planungsstelle@privatklinik-wyss.ch) oder per Post an Privatklinik Wyss AG, Fellenbergstrasse 34, 3053 Münchenbuchsee einsenden.

**Behandlung** Anmerkungen zur Behandlung

---

### 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 \_\_\_\_\_