

Ärztliches Einweisungszeugnis

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht: m w

Strasse / Nr _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon **P** _____ **Mobile** _____

Versicherungsstatus allgemein halbprivat privat OKP ganze CH | Grundvers: _____
Zusatzvers: _____

Vers. Nummer(n) _____

Dringlichkeit Notfall (sofort) so bald als möglich ab _____

Telefonische Reservation erfolgt nicht erfolgt

Psychiatrische Hospitalisationen in den letzten 12 Monaten ja nein

Diagnosen zuhanden des Kostenträgers, Indikationen zur stationären Behandlung

Aktueller Zustand

Suizidalität ja nein unklar

**Erhöhter pflegerischer
Betreuungsbedarf** ja nein

Suchtleiden (auch sekundär) ja nein

Somatik

Aktuelle Medikation

Anmeldender Arzt, **Telefonnummer**, Stempel, Datum und Unterschrift _____

Dieses Formular wird von der Privatklinik Wyss, Fellenbergstrasse 34, 3053 Münchenbuchsee, Tel. 031 868 33 33, Fax 031 868 34 00, info@privatklinik-wyss.ch, zur Verfügung gestellt. Zwecks Einholung einer Kostengutsprache wird das Zeugnis an den Vertrauensarzt der Krankenkasse weitergeleitet.