

# ÄRZTLICHES EINWEISUNGSZEUGNIS

Bevorzugt für:  psychiatrische/psychotherapeutische  
Behandlung  Krisenintervention  PSOMA Bern  
(Psychosomatik)

Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

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

Versicherungsstatus  allgemein Grundversicherung \_\_\_\_\_

allgemein ganze CH

halbprivat

privat

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Versicherungs Nummer(n) \_\_\_\_\_

Versicherungskarten Nummer \_\_\_\_\_

Angehörige

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

Ausserkantonale Hospitalisation  ja  nein wenn ja, bitte dieses [Formular](#) ausfüllen und mit der  
Zuweisung zusenden (öffnet sich beim Klicken).

Antrag an Kantonsarzt eingereicht  ja  nein

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

Telefonische Reservation  erfolgt  nicht erfolgt

Psychiatrische Hospitalisationen in den  
letzten 12 Monaten  ja  nein

Involvierte Institutionen  externer Sozialdienst Kontakt \_\_\_\_\_

(wenn involviert, bitte Kontakt \_\_\_\_\_  
Kontaktdaten angeben)  IV-Stelle Kontakt \_\_\_\_\_

Beistand Kontakt \_\_\_\_\_

Taggeldversicherung Kontakt \_\_\_\_\_

andere Kontakt \_\_\_\_\_

**Diagnosen zuhanden des Kostenträgers,  
Indikationen zur stationären Behandlung/Begründung für die Akutspitalbedürftigkeit**

**Aktueller Zustand**

- |                                                    |                             |                               |                                 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Suizidalität</b>                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unklar |
| <b>Erhöhter pflegerischer<br/>Betreuungsbedarf</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                 |
| <b>Suchtleiden</b> (auch sekundär)                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                 |

**Somatik**

**Aktuelle Medikation**

**Anmeldender Arzt**

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer**

\_\_\_\_\_

**E-Mail**

\_\_\_\_\_

**Stempel, Datum und Unterschrift**

\_\_\_\_\_

.....  
Dieses Formular wird von der Privatklinik Wyss, Fellenbergstrasse 34, 3053 Münchenbuchsee, Tel. 031 868 36 14,  
Fax 031 868 33 47, anmeldung@privatklinik-wyss.ch, zur Verfügung gestellt. Zwecks Einholung einer Kostengutsprache wird  
das Zeugnis an den Vertrauensarzt der Krankenkasse weitergeleitet.