

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

Aktueller Zustand

Suizidalität ja nein unklar
**Erhöhter pflegerischer
Betreuungsbedarf** ja nein
Suchtleiden (auch sekundär) ja nein

Somatik

Aktuelle Medikation

Anmeldender Arzt

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ/Wohnort
Telefonnummer G	Mobile
E-Mail	

Ich wünsche die Übermittlung aller Berichte per Mail (HIN-verschlüsselt)

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.