

Anmeldung Konsilium Ambulante Dienste

Patientin/Patient

Eintrittsdatum

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geschlecht m w divers

Strasse/Nr.

PLZ/Wohnort

Telefonnummer P

Mobile

E-Mail

Versicherungsstatus allgemein
 allgemein ganze CH
 halbprivat
 privat

Grundversicherung

Zusatzversicherung

Versicherungs-Nummer(n)

Versicherungskarten-Nummer

Kostenträger

Erstellungsdatum

Auftraggeber

Abteilung

Telefon Abteilung

Psychiatrisch/
psychologische Vor-
und Mitbehandler

Krankheit

Unfall Datum

Untersuchung vom

Notfall

Aufbieten

Klinische Angaben (Anamnese, Operationen, ggf. Therapie):

Somatische Diagnosen:

Fragestellung/Verdachtsdiagnose (zwingend immer auszufüllen):

Aktuelle Medikation (somatische Medikation, allfällig bereits vorhandene Psychopharmaka):

Beurteilung der Dringlichkeit:	Sehr Dringend <input type="checkbox"/> (akute vitale Gefährdung) – telefonische Anmeldung zwingend durch die/den Zuweiser/in: 031 868 37 60 von 9-16h und ab 16-9h 031 031 868 33 11	Dringend <input type="checkbox"/> (starker Leidensdruck, problematisches Verhalten)	Reguläres Konsil <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	--	--

Beschreibung der Dringlichkeitseinschätzung:

Liegt eine unmittelbare und akute

Selbst- oder Fremdgefährdung vor:

Ja

Nein

Ist die Patientin / der Patient krankheitseinsichtig:

Ja

Nein

Bemerkungen:

Anmeldender Arzt

Vorname

Name

Strasse, Nr.

PLZ/Ort

Telefonnummer G.

Mobile

E-Mail

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

Stempel, Datum und Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular an: ambi.bern@privatlinik-wyss.ch für die Region Bern
oder ambi.biel@privatlinik-wyss.ch für die Region Biel