

### 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):

<b>Beurteilung der Dringlichkeit:</b>	<b>Sehr Dringend</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dringend</b> <input type="checkbox"/>	<b>Reguläres Konsil</b> <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	(starker Leidensdruck, problematisches Verhalten)	

**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](mailto:ambi.bern@privatlinik-wyss.ch) für die Region Bern  
oder [ambi.biel@privatlinik-wyss.ch](mailto:ambi.biel@privatlinik-wyss.ch) für die Region Biel