

## Anmeldung Psychoonkologische Sprechstunde

Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

### Anmeldung erfolgt durch

Vorname/Name  
Strasse/Nr.  
PLZ/Ort

### Patient\*in

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geschlecht  m  w  divers

Strasse/Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon Privat

Mobile

E-Mail

Versicherungsstatus  allgemein  
 allgemein ganze CH  
 halbprivat  
 privat

Grundversicherung

Zusatzversicherung

Versicherungs-Nummer(n)

Versicherungskarten-Nummer

- Patient\*in für regulären Termin anbieten
- Patient\*in für Notfalltermin anbieten
- Patient\*in telefonisch kontaktieren

**Zuweisungsgrund (Kurzbeschreibung der psychoonkologischen Situation; inkl. Diagnose)**

### Stempel, Datum und Unterschrift

**Bitte allfällig vorhandene Berichte beilegen. Besten Dank.**

Anmeldeformular ausgefüllt per Mail an: [ambi.bern@privatlinik-wyss.ch](mailto:ambi.bern@privatlinik-wyss.ch) oder per Post an:  
Privatlinik Wyss AG, Ambulante Dienste Bern, Schläflistrasse 17, 3013 Bern

#### Privatlinik Wyss AG

Psychiatrie und Psychotherapie

#### Ambulante Dienste Bern

Schläflistrasse 17  
3013 Bern

Tel. +41 (0)31 868 37 60

Fax +41 (0)31 868 37 61

[ambi.bern@privatlinik-wyss.ch](mailto:ambi.bern@privatlinik-wyss.ch)

[www.privatlinik-wyss.ch](http://www.privatlinik-wyss.ch)