

Ärztliches Zuweisungsformular

Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

Vorgesehen für: **stationärer Aufenthalt** **Tagesklinik** **Ambulante Dienste**

Bei stationärem/tagesklinischem Aufenthalt

Akutabteilung Krisenintervention Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung

Vorgeschlagenes Behandlungsprogramm Tagesklinik

Tagesklinik 5 Tage (Mo - Fr) Tagesklinik 3 Tage (Di, Mi und Fr)

Bitte senden Sie das Formular an: anmeldung@privatlinik-wyss.ch, Tel. 031 868 36 14, Fax 031 868 33 47. Zwecks Einholung einer Kostengutsprache wird das Zeugnis an den Vertrauensarzt der Krankenkasse weitergeleitet.

Bei ambulanter Anmeldung

Zuweisung für den Standort: Bern Biel

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.

Dringlichkeit

Notfall (sofort) so bald als möglich ab _____ nur Abklärung
(Ambulante Dienste)

Patientin/Patient

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geschlecht m w divers

Strasse/Nr.

PLZ/Wohnort

Telefonnummer

Mobile

E-Mail

Versicherungsstatus allgemein
 allgemein ganze CH
 halbprivat
 privat

Grundversicherung

Zusatzversicherung

Versicherungs-Nummer(n)

Versicherungskarten-Nummer

Ausserkantonale Hospitalisation ja

wenn der/die Patient*in über keine Zusatzversicherung für Spitäler in der ganzen Schweiz verfügt, bitte dieses [Formular](#) ausfüllen und mit der Zuweisung zusenden (öffnet sich beim Klicken).

Antrag an Kantonsarzt eingereicht. Bei stationärer Zuweisung auszufüllen ja nein

**Involvierte Institutionen
(wenn involviert, bitte Kontaktdaten angeben)**

externer Sozialdienst Kontakt _____

IV-Stelle Kontakt _____

Beistand Kontakt _____

Taggeldversicherung Kontakt _____

andere Kontakt _____

Angehörige

Vorname

Strasse/Nr.

Telefonnummer

E-Mail

Name

PLZ/Wohnort

Mobile

**Diagnosen zuhanden des Kostenträgers (psychiatrisch und somatisch,
für stationäre Zuweisung: Indikationen zur stationären Behandlung/Begründung für die
Akutspitalbedürftigkeit)**

Aktueller Zustand/Problemstellung

Suizidalität

Erhöhter pflegerischer Betreuungsbedarf (bei stationärer Zuweisung)

Suchtleiden (auch sekundär)

ja nein unklar

ja nein

ja nein

Somatik

Aktuelle Medikation

Behandlungsauftrag

Anmeldender Arzt

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefonnummer

Mobile

E-Mail

In meiner Behandlung seit

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

externe/r Fallführende/r (behandelnde/r Ärztin/Arzt)

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefonnummer

Mobile

E-Mail

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

Stempel, Datum und Unterschrift

Bemerkungen