

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) Akuttagesklinik 3 Tage

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)

Patient*in

Vorname	_____	Name	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefon	_____	Mobile	_____
E-Mail	_____		

Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> allgemein ganze CH <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> 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)**

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> externer Sozialdienst | Kontakt _____ |
| <input type="checkbox"/> IV-Stelle | Kontakt _____ |
| <input type="checkbox"/> Beistand | Kontakt _____ |
| <input type="checkbox"/> Taggeldversicherung | Kontakt _____ |
| <input type="checkbox"/> andere | Kontakt _____ |

Angehörige

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

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

Aktueller Zustand/Problemstellung

Suizidalität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar
Erhöhter pflegerischer Betreuungsbedarf (bei stationärer Zuweisung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Suchtleiden (auch sekundär)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Somatik

Aktuelle Medikation

Behandlungsauftrag

Anmeldender Arzt

Vorname _____ Name _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ 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 _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

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

Stempel, Datum und Unterschrift _____

Bemerkungen
