

1. INSCRIPTION AUX SERVICES AMBULATOIRES

Urgence cas d'urgence (immédiate) dès que possible à partir de _____

Patient*e

Prénom _____ Nom de famille _____

Date de naissance _____ Sexe m f divers

Rue / Numéro _____ NPA / Localité _____

Téléphone _____ Mobile _____

E-mail _____

Statut d'assurance général général toute la CH semi-privé privé

Assurance de base _____

Assurance complémentaire _____

Carte d'assurance Numéro _____

Dossier électronique du patient (EPD): La*le patient*e dispose d'un dossier EPD. Privatlinik Wyss télécharge les documents relatifs au traitement dans le dossier EPD.

La*le patient*e dispose d'un dossier EPD et ne souhaite pas qu'un document soit téléchargé par Privatlinik Wyss.

La*le patient*e n'a pas de dossier EPD.

Inconnu

Institutions impliquées (si impliquées, impliquées/participantes, veuillez indiquer les coordonnées)

Service social externe Contact _____

Office AI Contact _____

Curateur Contact _____

Ass. indemnités journalières Contact _____

Autre Contact _____

Proches

Prénom _____ Nom de famille _____

Rue / Numéro _____ NPA / Localité _____

Téléphone _____ Mobile _____

E-mail _____

Diagnostic

Etat actuel / Problème

Tendance suicidaire

oui

non

non pas claire

Dépendance (même secondaire)

oui

non

Maladies somatiques concomitantes

Médication actuelle

Demande de traitement

Remarques

L'inscription écrite à la Privatlinik Wyss est effectuée par votre médecin de famille, votre psychiatre ou votre thérapeute ambulatoire. Veuillez remplir le formulaire en lettres d'imprimerie ainsi qu'en noir et l'envoyer à ambi.bern@privatlinik-wyss.ch pour la région de Berne et à ambi.biel@privatlinik-wyss.ch pour la région de Bienne.

Date

Signature

2. PRESCRIPTION PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE DES SERVICES AMBULATOIRES

Patient*e

Prénom				Nom de famille			
Date de naissance				Sexe	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> divers
Rue / Numéro				NPA / Localité			
Téléphone				Mobile			
E-mail							
Statut d'assurance	<input type="checkbox"/> général	<input type="checkbox"/> général toute la CH	<input type="checkbox"/> semi-privé	<input type="checkbox"/> privé			
	Assurance de base						
	Assurance complémentaire						
Carte d'assurance no.							
Dossier électronique du patient (EPD):	<input type="checkbox"/> La*le patient*e dispose d'un dossier EPD. Privatlinik Wyss télécharge les documents relatifs au traitement dans le dossier EPD.						
	<input type="checkbox"/> La*le patient*e dispose d'un dossier EPD et ne souhaite pas qu'un document soit téléchargé par Privatlinik Wyss.						
	<input type="checkbox"/> La*le patient*e n'a pas de dossier EPD.						
	<input type="checkbox"/> Inconnu						

Psychothérapeute / Hôpital / Organisations

Nom / Institution	Privatlinik Wyss AG	RCC ou GLN	E738602	
Rue / Numéro	Fellenbergstrasse 34	NPA / Localité	3053 Münchenbuchsee	
Téléphone	+41 (0)31 868 33 33			
E-mail	info@privatlinik-wyss.ch			
Motif du traitement	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> AI / AM	<input type="checkbox"/> autre

Prescription

Prrière de ne cocher qu'une seule case.

Prescription 1	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)	<input type="checkbox"/> Intervention de crise/thé-rapie brève (10 séancesmax.)
Prescription 2	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)	<input type="checkbox"/> Traitement après30 séances

Médecin prescripteur

Prénom				Nom de famille			
Rue / Numéro				NPA / Localité			
Téléphone				RCC ou GLN			
E-mail							
En traitement depuis							
<input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir tous les rapports par e-mail (crypté HIN)							

Psychothérapeute ambulatoire (psychologue, médecin)

Prénom	Nom de famille
Rue / Numéro	NPA / Localité
Téléphone	Mobile
E-mail	
En traitement depuis	

Je souhaite recevoir tous les rapports par e-mail (crypté HIN)

Remarques

L'inscription écrite à la Privatlinik Wyss est effectuée par votre médecin de famille, votre psychiatre ou votre thérapeute ambulatoire. Veuillez remplir le formulaire en lettres d'imprimerie ainsi qu'en noir et l'envoyer à ambi.bern@privatlinik-wyss.ch pour la région de Berne et à ambi.biel@privatlinik-wyss.ch pour la région de Bienne.

Date _____ Signature _____