

PSYCHOONKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE

ONKOLOGIEZENTRUM BERN – ANMELDUNG

durch

☐ Prostatazentrum

☐ Blasenzentrum

☐ Brustzentrum

☐ Gynäko-Onkologiezentrum

☐ Darmzentrum

☐ Hämato-Onkologiezentrum

☐ andere

Angaben zum Patienten / zur Patientin oder Patientenetikette

Vorname*

Name*

Strasse, Nr.*

PLZ, Ort*

Telefon P*

Telefon Mobile*

E-Mail*

Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ divers

Geburtsdatum

AHV-Nr.*

Krankenversicherer*

Versichertennummer*

Psychotherapeutin / Spital / Organisationen

Name / Institution Ambulante Dienste Privatklinik Wyss

GLN 760 100 211 4721

Adresse Schläflistrasse 17, 3013 Bern

Behandlungsgrund*

☐ Krankheit

☐ andere

Anordnung: Krisenintervention / Kurztherapie (5 bis max. 10 Sitzungen)

Zuweisungsgrund (Kurzbeschreibung der psychoonkologischen Situation; inkl. Diagnose) Score Belastungs-Thermometer

Erwünschter Bericht

☐ telefonisch ☐ schriftlich ☐ nach Ermessen

Anordnende / anordnender Ärztin / Arzt

Name*

Telefon*

E-Mail*

ZSR oder GLN*

Strasse, Nr.*

PLZ, Ort*

Kontaktperson Pflege

Name

Datum*

Unterschrift*

Bitte allfällig vorhandene Berichte beilegen. Besten Dank.

Anmeldeformular ausgefüllt per Mail an: onkologiezentrum@lindenhofgruppe.ch

* Diese Felder müssen ausgefüllt werden.

Onkologiezentrum Bern
Riedweg 3 | Postfach | 3001 Bern
Tel. +41 31 366 20 00
onkologiezentrum@lindenhofgruppe.ch
lindenhofgruppe.ch

