

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR TAGESKLINIK

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik Wyss erfolgt durch Ihre*in Hausarzt*in, Ihre*in Psychiater*in oder Ihre ambulante*n Therapeut*in per E-Mail an anmeldung@privatlinik-wyss.ch oder per Fax an +41 (0)31 868 33 47 mittels Zuweisungsformular. Zwecks Einholung einer Kostengutsprache wird das Zeugnis an den Vertrauensarzt der Krankenkasse weitergeleitet. Telefonische Fragen in Zusammenhang mit einer Zuweisung richten Sie bitte an Telefon +41 (0)31 868 36 14. Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

Einschlusskriterien

- Eine regelmässige und pünktliche Teilnahme, inklusive selbständiger Bewältigung der Anreise, ist erforderlich
- Bereitschaft und Verfassung, um am Gruppensetting teilzunehmen
- Die Betreuung Dritter muss sichergestellt sein, es können keine Kinder oder Haustiere in die Tagesklinik mitgebracht werden
- Es muss eine Wohnmöglichkeit (Schriften in Kanton BE) vorhanden sein
- Die Verständigung in deutscher Sprache ist erforderlich
- Mindestalter 18 Jahre
- Keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung sowie die Bereitschaft, sich an das Notfallprozedere im Falle psychischer Krisen zu halten
- Wir setzen eine vorhandene Nachbehandlung voraus

Ausschlusskriterien

- Akut psychotische Symptomatik
- Unbehandelte Essstörungen und/oder BMI unter 17
- Akute Suchtproblematik: eine vereinbarte Abstinenz oder kontrollierter Konsum kann nicht aufrechtgehalten werden
- Schwere Selbstverletzungen

Vorgeschlagenes Behandlungsprogramm Tagesklinik

Musterwochenpläne der Programme befinden sich unter www.privatlinik-wyss.ch/leistungsangebot/behandlung/tagesklinik

Tagesklinik TK5 (5 Tages-Programm, Mo - Fr)

Akuttagesklinik ATK (3 Tages-Programm)

Dringlichkeit so bald als möglich

ab _____

Patient*in

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht m w divers

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

Mobile _____

E-Mail _____

Versicherungsstatus

allgemein

allgemein ganze CH

halbprivat

privat

Grundversicherung _____

Zusatzversicherung _____

Versicherungskarte Nr. _____

Elektronisches Patientendossier (EPD) Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatlinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier.

Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatlinik Wyss hochgeladen wird.

Patient*in hat kein EPD-Dossier.

unbekannt

Involvierte Institutionen (wenn involviert, einbezogen/beteiligt, 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	Nachname
Strasse/Nr.	PLZ/Wohnort
Telefon	Mobile
E-Mail	

Diagnosen zuhanden des Kostenträgers (psychiatrisch und somatisch)

Aktueller Zustand / Problemstellung

Suizidalität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar
Suchtleiden (auch sekundär)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unklar

Somatische Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikation

Behandlungsauftrag

Anmeldende*r Arzt*in / Therapeut*inVorname Nachname Strasse/Nr. PLZ/Wohnort Telefon Mobile E-Mail In meiner Behandlung seit Ich wünsche die Übermittlung aller Berichte per Mail (HIN-verschlüsselt)**Weiter*e involvierte*r Arzt*in / Therapeut*in**Vorname Nachname Strasse/Nr. PLZ/Wohnort Telefon Mobile E-Mail **Bemerkungen**Datum Unterschrift