

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR STATIONÄREN AUFENTHALT

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik Wyss erfolgt durch Ihre*in Hausarzt*in, Ihre*n Psychiater*in oder Ihre ambulante*n Therapeut*in an die Adresse anmeldung@privatlinik-wyss.ch mittels Zuweisungsformular. Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

Stationärer Aufenthalt Akutabteilung Krisenintervention Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung
Dringlichkeit Notfall (sofort) 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. _____

Ausserkantonale Hospitalisation: ja wenn der*die Patient*in über keine Zusatzversicherung für Spitäler in der ganzen Schweiz verfügt, bitte [Formular für ausserkantonale Zuweisung](#) ausfüllen und zusammen mit dieser Zuweisung zusenden.

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)

externer Sozialdienst Kontakt _____

IV-Stelle Kontakt _____

Beistand Kontakt _____

Taggeldversicherung Kontakt _____

andere Kontakt _____

Angehörige

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ 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

ja

nein

unklar

Erhöhter pflegerischer Betreuungsbedarf (bei stationärer Zuweisung)

ja

nein

unklar

Suchtleiden (auch sekundär)

ja

nein

Somatische Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikation

Behandlungsauftrag

Anmeldende*r Arzt*in / Therapeut*in

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

In meiner Behandlung seit _____

 Ich wünsche die Übermittlung aller Berichte per Mail (HIN-verschlüsselt)**Weitere*r involvierte*r Arzt*in / Therapeut*in**

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

Bemerkungen

Datum _____ Unterschrift _____