

## ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR STATIONÄREN AUFENTHALT

Die schriftliche Anmeldung in der Privatklinik Wyss erfolgt durch Ihre\*n Hausarzt\*in, Psychiater\*in oder ambulante\*n Therapeut\*in an die Adresse [anmeldung@privatklinik-wyss.ch](mailto:anmeldung@privatklinik-wyss.ch) mittels Zuweisungsformular. Bitte Formular in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen.

<b>Dringlichkeit</b>	<input type="checkbox"/> Notfall (sofort) zusätzl. Kontaktaufnahme: 031 868 36 14	<input type="checkbox"/> so bald als möglich	<input type="checkbox"/> ab _____
<b>Patient*in</b>			
Vorname	_____	Nachname	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefon	_____	Mobile	_____
E-Mail	_____		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwittwet	<input type="checkbox"/> unbekannt
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> allgemein ganze CH	<input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
	Grundversicherung	_____	
	Zusatzversicherung	_____	
Versicherungskarte Nr.	_____		
Ausserkantonale Hospitalisation:	<input type="checkbox"/> ja wenn der*die Patient*in über keine Zusatzversicherung für Spitäler in der ganzen Schweiz verfügt, bitte <u>Formular für ausserkantonale Zuweisung</u> ausfüllen und zusammen mit dieser Zuweisung zusenden.		
Elektronisches Patientendossier (EPD):	<input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD. Die Privatklinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD.		
	<input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD und wünscht, dass kein Dokument von der Privatklinik Wyss hochgeladen wird.		
	<input type="checkbox"/> Patient*in hat kein EPD.		
	<input type="checkbox"/> 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, 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 E-Mail (HIN-verschlüsselt)

**Weitere\*r involvierte\*r Arzt\*in/Therapeut\*in**

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_