

## 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 <a href="#">Formular für ausserkantonale Zuweisung</a> 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**

**Erhöhter pflegerischer Betreuungsbedarf** (bei stationärer Zuweisung)

**Suchtleiden** (auch sekundär)

ja

nein

unklar

ja

nein

unklar

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 \_\_\_\_\_