

## ANMELDUNG KONSILIUM AMBULANTE DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik Wyss erfolgt durch Ihre\*in Hausarzt\*in, Ihre\*n Psychiater\*in oder Ihre ambulante\*n Therapeut\*in. Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben sowie in schwarzer Schrift aus und senden Sie dieses für die Region Bern an [sekretariatambibern@pkwyss.ch](mailto:sekretariatambibern@pkwyss.ch) oder für die Region Biel an [sekretariatambibiel@pkwyss.ch](mailto:sekretariatambibiel@pkwyss.ch).

### Patient\*in

Vorname  Nachname

Geburtsdatum  Geschlecht  m  w  divers

Strasse/Nr.  PLZ/Wohnort

Telefon  Mobile

E-Mail

Versicherungsstatus  allgemein  allgemein ganze Schweiz  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

Erstellungsdatum  Auftraggeber

Abteilung  Telefon Abteilung

Psychiatrische\*r/psychologische\*e Vor- und Mitbehandler\*in

Krankheit  Unfall Datum

Untersuchung vom   Notfall  Aufbieten

### Klinische Angaben (Anamnese, Operationen, ggf. Therapie)

## Somatische Diagnosen

**Fragestellung / Verdachtsdiagnose** (zwingend immer auszufüllen)

**Aktuelle Medikation** (somatische Medikation, allfällig bereits vorhandene Psychopharmaka)

### Beurteilung der Dringlichkeit

- Sehr dringend (akute vitale Gefährdung). Telefonische Anmeldung zwingend durch die\*den Zuweiser\*in von Montag bis Freitag von 08:45 bis 11:45 sowie 13:00 bis 16:00 Uhr an Telefon+41(0)31 868 37 60, ausserhalb dieser Öffnungszeiten an Telefon +41 (0)31 868 33 11.
- Dringend (starker Leidensdruck, problematisches Verhalten)
- Reguläres Konsil

Beschreibung der Dringlichkeitseinschätzung

Liegt eine unmittelbare und akute Selbst- oder Fremdgefährdung vor:  
Ist die\*der Patient\*in krankheitseinsichtig:

- Ja  Nein  
 Ja  Nein

### Bemerkungen

### Anmeldende\*r Arzt\*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)

Datum  Unterschrift