

1. ANMELDUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN DER AMBULANTEN DIENSTE

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)

externer Sozialdienst Kontakt

IV-Stelle Kontakt

Beistand Kontakt

Taggeldversicherung Kontakt

andere Kontakt

Angehörige

Vorname Nachname

Strasse/Nr. PLZ/Wohnort

Telefon Mobile

E-Mail

Diagnose

Aktueller Zustand / Problemstellung

Suizidalität

 ja nein unklar

Suchtverhalten (auch sekundär)

 ja nein

Somatische Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikation

Bemerkungen

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik Wyss erfolgt durch Ihre*in Hausarzt*in, Ihre*in Psychiater*in oder Ihre ambulante*in Therapeut*in. Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben sowie schwarzer Schrift aus und senden Sie dieses für die Region Bern an ambi.bern@privatlinik-wyss.ch und für die Region Biel an ambi.biel@privatlinik-wyss.ch.

Datum

Unterschrift

2. ANORDNUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN DER AMBULANTEN DIENSTE

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

Psychotherapeut*in / Spital / Organisationen

Name / Institution Privatlinik Wyss AG ZSR oder GLN E738602

Strasse/Nr. Fellenbergstrasse 34 PLZ/Ort 3053 Münchenbuchsee

Telefon +41 (0)31 868 33 33

E-Mail info@privatlinik-wyss.ch

Behandlungsgrund Krankheit Unfall IV/MV andere _____

Anordnung Bitte nur ein Kästchen ankreuzen

Anordnung 1 Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)

Anordnung 2 Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) Behandlung nach 30 Sitzungen

Angebot Gruppentherapien

a) Gruppentherapien deutsch am Standort in Bern:

- Wenn der Blues zu lange spielt. Wege aus der Depression
- Emotionale Turbulenzen? Wege zu mehr Gelassenheit
- Selbstfürsorge bei Brustkrebs
- Feuer und Flamme – ausgebrannt? Wege aus dem Burnout
- Unsicher? Sicher! Wege zu mehr Selbstsicherheit
- Nur keine Panik! Wege aus der Angst

Anmeldeformular bitte ausgefüllt per E-Mail an ambi.bern@privatklinik-wyss.ch oder per Post an Privatklinik Wyss AG, Ambulante Dienste Bern, Schläflistrasse 17, 3013 Bern einsenden.

b) Deutsch am Standort in Münchenbuchsee:

- CBASP-Therapie bei chronischer Depression
- Vom Zwang gefangen. Wege aus dem Zwang.

Anmeldeformular bitte ausgefüllt per E-Mail an planungsstelle@privatklinik-wyss.ch oder per Post an Privatklinik Wyss AG, Fellenbergstrasse 34, 3053 Münchenbuchsee einsenden.

Behandlung Anmerkungen zur Behandlung**Anordnende*r Arzt*in**

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ ZSR oder GLN _____

E-Mail _____

In meiner Behandlung seit _____

Ich wünsche die Übermittlung aller Berichte per E-Mail (HIN-verschlüsselt)

Ambulante*r Psychotherapeut*in (Psycholog*in, 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)

Bemerkungen

Datum _____ Unterschrift _____