

ANMELDUNG KONSILIUM AMBULANTE DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatklinik Wyss erfolgt durch Ihre*n 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 an sekretariat-ambi@pkwyss.ch.

Patient*in

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"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwittwet	<input type="checkbox"/> unbekannt
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> allgemein ganze Schweiz	<input type="checkbox"/> halbprivat
	Grundversicherung		
	Zusatzversicherung		

Versicherungskarte Nr. _____

- Elektronisches Patientendossier (EPD): Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatklinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier.
- Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatklinik Wyss hochgeladen wird.
- Patient*in hat kein EPD-Dossier.
- unbekannt

Erstellungsdatum	Auftraggeber
Abteilung	Telefon Abteilung
Psychiatrische*r/psychologische*e Vor- und Mitbehandler*in	
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Notfall
<input type="checkbox"/> Unfall Datum _____	<input type="checkbox"/> Aufbieten
Untersuchung vom _____	

Klinische Angaben (Anamnese, Operationen, ggf. Therapie)

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 während den Öffnungszeiten an Telefon +41(0)31 868 37 60, ausserhalb der 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 _____