

ANMELDUNG KONSILIUM AMBULANTE DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik 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"/> getrennt
	<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	<input type="checkbox"/> 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 _____	
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall Datum _____	
Untersuchung vom _____	<input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> 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 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 _____