

1. ANMELDUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN DER AMBULANTEN DIENSTE

Die schriftliche Anmeldung in der Privatlinik Wyss erfolgt durch Ihre*in Hausarzt*in, Ihre*in Psychiater*in oder Ihre ambulante*n Therapeut*in. Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben sowie schwarzer Schrift aus und senden Sie dieses bitte an die jeweilige E-Mailadresse, welche gemäss Anordnung aufgeführt ist:

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 CH <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat Grundversicherung _____ Zusatzversicherung _____ | | |
| Versicherungskarte Nr. | _____ | | |
| Elektronisches Patientendossier (EPD): <input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatlinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier. | | | |
| <input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatlinik Wyss hochgeladen wird. | | | |
| <input type="checkbox"/> Patient*in hat kein EPD-Dossier. | | | |
| <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 | _____ | | |

Diagnose

Aktueller Zustand / Problemstellung

Suizidalität

☐ ja

☐ nein

☐ unklar

Suchtleiden (auch sekundär)

☐ ja

☐ nein

Somatische Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikation

Stand: 14.08.2024

Bemerkungen

Datum _____

Unterschrift _____

2. ANORDNUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN DER AMBULANTEN DIENSTE

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 CH <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat |
| | Grundversicherung _____ |
| | Zusatzversicherung _____ |
| Versicherungskarte Nr. _____ | |
| Elektronisches Patientendossier (EPD): | |
| <input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatklinik Wyss lädt behandlungsrelevante Dokumente ins EPD-Dossier. | |
| <input type="checkbox"/> Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier und wünscht, dass kein Dokument von der Privatklinik Wyss hochgeladen wird. | |
| <input type="checkbox"/> Patient*in hat kein EPD-Dossier. | |
| <input type="checkbox"/> unbekannt | |

Psychotherapeut*in / Spital / Organisationen

| | |
|---|---|
| Name / Institution Privatklinik Wyss AG | ZSR oder GLN E738602 |
| Strasse/Nr. Fellenbergstrasse 34 | PLZ/Ort 3053 Münchenbuchsee |
| Telefon +41 (0)31 868 33 33 | |
| E-Mail info@privatklinik-wyss.ch | |
| Behandlungsgrund | <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> andere _____ |

Anordnung Bitte nur ein Kästchen ankreuzen

| | |
|---|--|
| Anordnung 1 <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) |
| Anordnung 2 <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | <input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen |

Angebot Gruppentherapien

a) Gruppentherapien deutsch am Standort in Bern:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wenn der Blues zu lange spielt. Wege aus der Depression | <input type="checkbox"/> Feuer und Flamme – ausgebrannt? Wege aus dem Burnout |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Turbulenzen? Wege zu mehr Gelassenheit | <input type="checkbox"/> Unsicher? Sicher! Wege zu mehr Selbstsicherheit |
| <input type="checkbox"/> Selbstfürsorge bei Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Nur keine Panik! Wege aus der Angst |

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

b) Deutsch am Standort in Münchenbuchsee:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CBASP-Therapie bei chronischer Depression | <input type="checkbox"/> 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 _____