

1. ANMELDUNG FÜR GRUPPENPSYCHOTHERAPIEN DER AMBULANTEN 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 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): Patient*in verfügt über ein EPD-Dossier. Die Privatklinik Wyss lädt behandlungs-relevante 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

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 behandlungs-relevante 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, Schläfistrasse 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 _____