

PSYCHOONKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE

ONKOLOGIEZENTRUM BERN – ANMELDUNG

Angaben zum Patienten / zur Patientin oder Patientenetikette

Vorname*
Name*
Strasse, Nr.*
PLZ, Ort*
Telefon P*
Telefon Mobile*
E-Mail*
Geschlecht m w divers
Geburtsdatum*
AHV-Nr.*
Krankenversicherer*
Versichertennummer*

Psychotherapeutin / Spital / Organisationen

Name / Institution Ambulante Dienste Privatklinik Wyss
ZSR E738602
Postadresse Fellenbergstr. 34, 3053 Münchenbuchsee
Standorte
 Ambulante Dienste Bern, Schläflistr. 17, 3013 Bern
 Ambulante Dienste Biel, Dählenweg 6, 2500 Biel/Bienne
Behandlungsgrund*
 Krankheit
 andere

Anordnung: Krisenintervention / Kurztherapie (5 bis max. 10 Sitzungen)

Zuweisungsgrund (Kurzbeschreibung der psychoonkologischen Situation; inkl. Diagnose) Score Belastungs-Thermometer

Anordnende / anordnender Ärztin / Arzt

Name*
Telefon*
E-Mail*
ZSR oder GLN*
Strasse, Nr.*
PLZ, Ort*

Professionelle Bezugsperson

Pflege
Psychologin
Hausarzt
Datum*
Unterschrift*

Bitte allfällig vorhandene Berichte beilegen. Besten Dank.

Anmeldeformular ausgefüllt per Mail an: anmeldung@privatlinik-wyss.ch

* Diese Felder müssen ausgefüllt werden.

Onkologiezentrum Bern
Riedweg 5 | Postfach | 3001 Bern
Tel. +41 31 366 20 00
onkologiezentrum@lindenhofgruppe.ch
lindenhofgruppe.ch

