

## Selbstanmeldung ambulante Therapie

psychologische Psychotherapie

Ernährungsberatung

### Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Muttersprache \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Geschlecht  weiblich  männlich  divers  
Strasse, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Steuerrechtlicher Wohnsitz (PLZ / Ort) sofern abweichend von Wohnadresse \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Krankenkasse (Grundversicherung) \_\_\_\_\_  
Karten-Nr. \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Arzt:Ärztin \_\_\_\_\_ Praxis/Klinik \_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Ärztliche Anordnung für psychologische Psychotherapie

ist der Anmeldung beigelegt (Bitte bei Hausarzt oder Psychiater einfordern)

### Gewünschter Behandlungsort

Ambulatorium Herzogenbuchsee

Ambulatorium Bern

### Informationen zur Krankheit (Diagnosen, Beschwerden, Dauer etc.)

**Bisherige Behandlungen**

Waren Sie bereits in einer psychologischen Psychotherapie?  Ja  Nein

**Anliegen an die Therapie****Aktuelle Medikamente mit Dosierung****Bemerkungen****Datenschutz**

Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter  
<https://www.wysshoelzli.ch/kontakt/datenschutzerklaerung>.

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post an

- Klinik Wysshölzli, Waldrandweg 19, 3360 Herzogenbuchsee

Ort, Datum

Unterschrift

Klinik Wysshölzli – Fachklinik für Frauen mit  
Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen

Waldrandweg 19  
3360 Herzogenbuchsee

062 510 58 00  
info@wysshoelzli.ch