

Selbstanmeldung ambulante Therapie☐ psychologische Psychotherapie☐ Ernährungsberatung**Persönliche Angaben**

Name	_____	AHV-Nr.	_____
Vorname	_____	Zivilstand	_____
Geburtsdatum	_____	Nationalität	_____
Muttersprache	_____	Konfession	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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.wysshoezli.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@wysshoezli.ch