



**Anmeldeformular**

Gewünschter Ersteinsatztermin am: \_\_\_\_\_  
Tageszeit: \_\_\_\_\_

**Kundendaten**

Vorname / Nachname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
alternative Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
AHV-Nummer(13-stellig): \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_

**Versicherungsinformationen**

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
Krankenversichertennummer: \_\_\_\_\_

**Angerhörige / Bezugspersonen**

Vorname / Nachname: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Beziehungsart: \_\_\_\_\_

**Ressourcen-Netz**

Hausarzt / Hausärztin  
Vorname / Name: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Psychiater/in**

Vorname / Name: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_



wiwege@hin.ch



031 506 00 85  
078 896 16 50



Weidgasse 10  
3018 Bern

Andere

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Angaben bei Anmeldung durch andere Institution

Zuweisende Institution: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Zuständige Fachperson bei Rückfragen

Vorname / Nachname & Funktion: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Information Auftrag

Gewünschte Dienstleistung: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Nebendiagnose: \_\_\_\_\_

*Falls vorhanden, bitte Kurzaustrittsbericht beilegen*



wiwege@hin.ch



031 506 00 85  
078 896 16 50



Weidgasse 10  
3018 Bern