



Wirksame Wege - WiWege GmbH
Ambulante Psychiatrische Pflege

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