



Wirksame Wege - WiWege GmbH  
Ambulante Psychiatrische Pflege

Telefon: 031 506 00 85  
E-Mail: wiwege@hin.ch

Wiwege GmbH  
Burgernzielweg 18  
3006 Bern

### 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:

---

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*