

Anmeldung Kinder und Jugendliche (*) Pflichtfelder

Patientin / Patient (gesetzlicher Wohnsitz)

Name* Geschlecht*

Vorname* Telefon

Strasse, Nr.* E-Mail

PLZ, Ort* Nationalität*

Geb. Dat.* Sprache*

Versicherung

Kostenträger* *Vers. Nummer

Vers-Klasse Bemerkungen

AHV-Nummer Hausarztmodell* Ja Nein
Bei Hausarztmodell ist eine hausärztliche Zuweisung nötig

Eltern/Erziehungsberechtigte

Mutter	Vater	Erziehungsberechtigter
Name*	Telefon*	
Vorname*	E-Mail*	
Strasse, Nr.*	Abweichende Adresse vom Kind?	Ja Nein
PLZ, Ort*	Sorgerecht	Ja Nein

Mutter	Vater	Erziehungsberechtigter
Name*	Telefon*	
Vorname*	E-Mail*	
Strasse, Nr.*	Abweichende Adresse vom Kind?	Ja Nein
PLZ, Ort*	Sorgerecht	Ja Nein

Beistand Ja Nein

Name Kontakt

Gewünschte Leistung

Notfall (Bei Notfall bitte zusätzliche telefonische Anmeldung via 058 856 53 00)

Behandlung

AKIS

Therapiestation

Ambulatorium (inklusive Fachstellen)

Tagesklinik

Konsilium HPF Name der Institution

Medizinische Angaben

Aktuelle Problematik*

Medizinische Angaben

Behandlungsziel*

Wichtige Hinweise (für *lups* von Relevanz)

Familiäre und soziale Situation, Schule, Ausbildung.*

Wichtige Hinweise (für *lups* von Relevanz)

Involvierte Stellen/Institutionen*

Dolmetscher Notwendig* Ja Nein Sprache

Kinder-/Hausarzt

Name und Adresse Praxis/Institution*

Tel.*

E-Mail*

ZSR*

Hausarztmodell Ja Nein

Bei Hausarztmodell ist eine hausärztliche Zuweisung nötig

Zuweiser

Name und Adresse Praxis/Institution*

Tel.*

E-Mail*

ZSR*

Bitte senden Sie das digital ausgefüllte Formular und relevante Berichte per E-Mail an: anmeldung@lups.ch