

## 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* Bei Hausarztmodell ist eine hausärztliche Zuweisung nötig	Ja	Nein

### 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\*