

Anmeldeformular für jugendliche Selbstanmelder

1. Patient/Patientin

Name: Vorname: Geb.-Datum:
 Anschrift: PLZ: Wohnort:
 Mobil-Nr.: Telefon: E-Mail:

Ich lebe im Haushalt der Eltern, Pflegeeltern, Kinder- und Jugendlicheneinrichtung:

2. Welche Auffälligkeiten führen zur Vorstellung hier:

3. Welche Schule wird besucht?

3a. Welche Klasse? **3b. Aktuelles Schuljahr:**

4. Krankenversicherung bei welcher Krankenkasse?

5. Bist oder warst du bereits woanders in Behandlung? Wenn ja, wo und wann?

6. Wer hat das Sorgerecht?

Freiwillige Angaben:

Mutter: Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Familienstand: Mobil-Nr.:	Vater: Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Familienstand: Mobil-Nr.:
--	---

Geschwister mit Geburtsdatum (L=leiblich, H=Halb-, S=Stief-) 3. L H S
 1. L H S 4. L H S
 2. L H S 5. L H S

Wer ist der Haus- bzw. Kinderarzt?
 Von wem kommt die Überweisung?

Aufnahme am: Sekretariat: