

Anmeldung durch Zuweiser für Kinder und Jugendliche

Die Felder mit * müssen beantwortet werden, damit wir Ihre Anmeldung korrekt bearbeiten können.

Dringlichkeit	Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung zwingend telefonische Anmeldung notwendig, siehe Telefonnummern auf unserer Homepage.		
Zuweiser			
Zuweiser*	<input type="checkbox"/> Arzt/Psychologe <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Andere:		
Name*	Vorname*		
Strasse, Nr.*	PLZ, Wohnort*		
Tel-Nr. *	GLN/ZSR Nr.		
Name der Institution			
Patientin/Patient			
Name*	Vorname*		
Strasse, Nr.*	PLZ, Wohnort*		
Tel-Nr. Privat*	Mobile*		
Geburtsdatum*	Geschlecht*	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Nationalität*		<input type="checkbox"/> divers	
Umgangssprache*	Dolmetscher nötig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beruf/Schule	E-Mail		
Kanton*	Ausserkantonale*	<input type="checkbox"/> ZG <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> UR	

Elternteil 1*

Name*	Vorname*
Geburtsdatum*	Beruf*
Strasse, Nr.*	PLZ, Wohnort*
Tel-Nr. Privat*	Mobile*
Tel-Nr. Geschäft*	E-Mail*
Nationalität*	Umgangssprache*
Dolmetscher nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Elternteil 2

Name	Vorname
Geburtsdatum	Beruf
Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort
Tel-Nr. Privat	Mobile
Tel-Nr. Geschäft	E-Mail
Nationalität	Umgangssprache
Dolmetscher nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Sorgerecht (falls bekannt)

Gemeinsames Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Alleiniges Sorgerecht, wer?	<input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2
------------------------	---	-----------------------------	---

Geschwister (falls bekannt)

Name	Vorname	Geb. Dat.

Weitere wichtige Adressen falls bekannt (z. B. Beistandschaft)

Name	Vorname
Funktion	Tel-Nr.
Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort
E-Mail	

Hausarzt*

Tel-Nr.*

IV (falls bekannt) Ja Nein

Krankenkasse / Versicherung

HMO-Modell* ja Nein

Krankenversicherung*

Nummer*

Anmeldegrund (aktuelle Problematik) / Diagnose*

Somatische Erkrankungen
(falls bekannt)

Vorherige Behandlung ja nein

Wenn ja, wo?

Mit Kaderarzt telefonisch be-
sprochen erfolgt nicht erfolgt

Aktuelle Medikation (falls bekannt) *

Bezeichnung*	Dosierung*	seit*

Datum

Name/Vorname