Ambulante Regelversorgung

Anmelde- und Eintrittsformular

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Personalien des Patienten / der Patientin | Name |  | Geburtsdatum |  |
| Vorname |  | Geschlecht | 🞎 m 🞎 w 🞎 divers |
| Adresse |  | Mobile 🕾 |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail 🖂 |  |
| Nationalität |  |
| Sprache |  | Übersetzung? |  🞎 Ja 🞎 Nein |
| Schule / Arbeitgeber |  | Name und Telefon der Lehrperson |  |
|  | Kinderarzt / Hausarzt |  |  |  |
| Personalien der Eltern / Bezugspersonen | Name |  | Telefon P 🕾 |  |
| Vorname |  | Telefon G 🕾 |  |
| Adresse |  | Mobile 🕾 |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail 🖂 |  |
| Sorgerecht | 🞎 Ja 🞎 Nein |  |  |
| Name |  | Telefon P 🕾 |  |
| Vorname |  | Telefon G 🕾 |  |
| Adresse |  | Mobile 🕾 |  |
| PLZ / Ort |  | E-Mail 🖂 |  |
| Sorgerecht | 🞎 Ja 🞎 Nein |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechperson für die Terminkoordination |  |

Bei einer **akuten Eigen- oder Fremdgefährdung** verweisen wir direkt an das **Notfallzentrum Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Sie erreichen uns rund um die Uhr unter, **058 630 88 44.**

Adresse: Althaus, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern

Bitte beschreiben Sie den Grund der Anmeldung:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Ist die Erziehungsberatung involviert Ja □ Nein □

Bitte legen sie eine **Kopie der Krankenkassenkarte** bei und senden Sie das Formular an folgender E-Mail: kjp.burgdorf@upd.ch