Soins ambulatoires réguliers

Formulaire d'inscription et d'entrée

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Données personnelles du ou de la patient(e) | Nom |  | Date de naissance  |  |
| Prénom |  | Sexe | 🞎 m 🞎 f 🞎 divers |
| Adresse |  | Téléphone mobile 🕾 |  |
| NPA / lieu |  | E-mail 🖂 |  |
| Nationalité |  |
| Langue |  | Est-ce qu’une traduction est nécessaire? |  🞎 Oui 🞎 Non |
| École / Employeur |  | Nom et numéro de téléphone de l’enseignant(e) |  |
|  | Pédiatre / Médecin de famille |  |  |  |
| Données personnelles des parents / personnes de référence | Nom |  | Téléphone privé 🕾 |  |
| Prénom |  | Téléphone professionnel 🕾 |  |
| Adresse |  | Téléphone mobile 🕾 |  |
| Code Postal / lieu |  | E-mail 🖂 |  |
| Autorité parentale | 🞎 Oui 🞎 Non |  |  |
| Nom |  | Téléphone privé 🕾 |  |
| Prénom |  | Téléphone professionnel 🕾 |  |
| Adresse |  | Téléphone mobile 🕾 |  |
| NPA / lieu |  | E-mail 🖂 |  |
| Autorité patentale | 🞎 Oui 🞎 Non |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Personne de contact pour la coordination de RDV |  |

**Si votre enfant représente un danger aigu pour lui-même ou pour autrui**, veuillez-vous adresser directement au **le centre d'urgence de psychiatrie pour enfants et adolescents**. Vous pouvez nous joindre 24 heures sur 24 au **058 630 88 44.**

Adresse: Althaus, Bolligenstrasse 111, 3000 Berne

Veuillez décrire la raison de votre inscription:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le service de conseil en éducation est-il impliqué Oui □ Non □

Veuillez joindre **une copie de la carte d'assurance maladie** et envoyer le formulaire à l'adresse e-mail suivante: kjp.biel@upd.ch