



Anmeldeformular KJPD für Patientinnen und Patienten

Bitte in Blockschrift ausfüllen und mit Ihrer **Versichertenkarte** zur Sprechstunde/Erstgespräch mitbringen.

Personalien:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Konfession: _____

Heimatort/Nationalität: _____

Adresse (offizieller Wohnsitz):

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____

E-Mail: _____

Mit Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich bereit, medizinische Unterlagen optional über E-Mail zu erhalten.

Geschwister (Leibliche-/Halb-/Stiefgeschwister)

Name	Vorname	Geb.-Dat.	im Haushalt	L	H	St
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personalien Mutter

Name/Vorname Mutter: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____

E-Mail: _____

Erlerner Beruf: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Erwerbstätigkeit in %: _____

Personalien Vater

Name/Vorname Vater: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____

E-Mail: _____

Erlerner Beruf: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Erwerbstätigkeit in %: _____

Bitte leer lassen – wird vom Behandlungsteam ausgefüllt.

ambulant Tagesklinik Notfall

Behandlung Datum/Zeit: _____

Wer bezahlt die Rechnung?

Krankenkasse > Hausarztmodell Ja Nein

IV > Verfügung Ja (bitte Kopie mitbringen)

Nein

Grundversicherung:

Ort: _____

AHV-Nr.: _____

Einweisender Arzt/Ärztin:

Ort: _____

Kinder-/Hausarzt/-Ärztin: _____

Ort: _____

Kindergarten / Schule:

Ort: _____

Schulleitung / Lehrperson: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Anmeldegrund: _____

Sorgerecht

Gemeinsam Mutter Vater

Sonstiges _____

➤ Bitte wenden

Bei getrennt lebenden Eltern zusätzliche wichtige Adressen:

Stiefelternteil oder Lebenspartner(in):

Name/Vorname: _____

Adresse/Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Konfession: _____

Erlerner Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Erwerbstätigkeit in Prozent: _____

Werden Sie zusätzlich durch das Sozialamt, die Vormundschaftsbehörde oder die Jugendanwaltschaft unterstützt?

Nein Ja

Wenn ja: Sozialarbeiter Erziehungsbeistandschaft

Obhutsentzug Sorgerechtsentzug

Name/Vorname: _____

Adresse/Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Ich erkläre mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Für die Abklärung/Behandlung Ihres Kindes ist ein Austausch zwischen dem KJPD Thurgau und Ihrem Zuweiser, Kinder-/Hausarzt sehr hilfreich. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, würden wir uns mit diesen bei Bedarf in Verbindung setzen und diese auch schriftlich über die Behandlung informieren:

Ja Nein **Zuweiser:**

Adresse/Ort:

Ja Nein **Kinder-/Hausarzt:**

Adresse/Ort:

Ich nehme zur Kenntnis und willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir eine Rechnungskopie über das elektronische Patientenportal zur Verfügung gestellt wird. Die elektronische Zustellung erfolgt mittels meiner Mailadresse und Mobilnummer.

Ort/Datum

Unterschrift Eltern oder gesetzliche Vertreter/in