



## 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**