

Eintrittsformular/Stammdaten

Personalien

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Handy	Mail
Geburtsdatum	Konfession
Heimatort/Nationalität	Ausländerausweis B C F
Sozialversicherungsnr.	
Krankenkasse	Modell Hausarztmodell
Policennr.	Telmed anderes:
Privathaftpflicht- versicherung Policennr.	

Zuweisende Stelle	SD	IV	KESB	JUGA	andere:
Name, Vorname					Tel.
PLZ, Ort					Mail
Massnahmen/Auflagen: nein ja:					

Finanzierende Stelle

Name	Tel.
PLZ, Ort	Mail
Beistandschaft	nein ja, Art:

Private Kontaktpersonen Klient:in (Eltern, Verwandte, Partner:in, etc.)

Name, Vorname	Rolle
Strasse	Telefon
PLZ, Ort	Mail

Name, Vorname

Rolle

Adresse

Telefon

PLZ, Ort

Mail

Weitere

Im Notfall zu benachrichtigen:

Therapeut:in

Tel.

Name, Vorname

Mail

Strasse

PLZ, Ort

Hausarzt:in

Name, Vorname

Tel.

Strasse

PLZ, Ort

Zahnarzt:in

Name, Vorname

Tel.

Strasse

PLZ, Ort

Weitere involvierte Stellen (Spezialärzt:innen, Pro Infirmis, BEGES, etc.)

Name, Vorname

Funktion/Stelle

Tel.

PLZ, Ort

Diagnosen

Medikamente inkl. Dosierung

Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten/Sonstiges

Bitte beilegen

Kostengutsprache
Berichte
Kopie Haftpflichtpolice
Kopie Krankenkassenpolice

weitere Bemerkungen