

# Anmelde- und Eintrittsformular

## Personalien Patientin/Patient

Nachname

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht

Weiblich

Männlich

Divers

Adresse

Mobile

PLZ/Ort

E-Mail-Adresse

Heimatort

Nationalität

Sprache

Übersetzung?

Ja

Nein

Schule/Arbeitgeber

Name und Telefonnummer der Lehrperson

Kinderärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt

Telefonnummer Kinderärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt

**Bei einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung verweisen wir direkt an das Notfallzentrum Kinder- und Jugendpsychiatrie.**

**Sie erreichen uns rund um die Uhr unter der Telefonnummer 058 630 88 44.**

**Adresse: Althaus, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60**

## Personalien Eltern/Bezugspersonen

Nachname

Telefonnummer Privat

Vorname

Telefonnummer Geschäft

Adresse

Mobile

PLZ/Ort

E-Mail-Adresse

Sorgerecht

Ja                      Nein

Nachname

Telefonnummer Privat

Vorname

Telefonnummer Geschäft

Adresse

Mobile

PLZ/Ort

E-Mail-Adresse

Sorgerecht

Ja                      Nein

## Ansprechperson für die Terminkoordination

Nachname

Vorname

## Erziehungsberatung

Ist die Erziehungsberatung involviert?

Ja                      Nein

**Bitte legen sie eine Kopie der Krankenkassenkarte bei und senden Sie das Formular an die folgende E-Mail-Adresse: [kjp.oberland@upz-bern.ch](mailto:kjp.oberland@upz-bern.ch)**

**Bitte beschreiben Sie den Grund der Anmeldung**