

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.biel@upz-bern.ch

Bitte beschreiben Sie den Grund der Anmeldung