

## Anmeldeformular

Dr. med. Martin Aegerter, Kinder- und Jugendpsychiater  
Konsiliararzt der Stiftung Passaggio

### Klient\*in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel/Mobile \_\_\_\_\_

### Schule oder Ausbildung

Klasse: \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_

Schulhaus oder Lehrbetrieb: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Klassenlehrperson oder Lehrmeister: \_\_\_\_\_

### Geschwister

Name/Jahrgang: \_\_\_\_\_

### Inhaber elterliche Sorge bei Minderjährigen (in der Regel Eltern)

#### Kindesmutter

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Kindesvater

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bei Scheidung: elterliche Sorge  Mutter  Vater  gemeinsam

**Vormundschaftliche Massnahmen (wenn errichtet)**

Es sind vormundschaftliche Massnahmen errichtet  ja  nein

Wenn ja, was: \_\_\_\_\_

Vormundschaftsbehörde: \_\_\_\_\_

Beistand (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**Garant/Kostenträger:**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

IV angemeldet:  nein  ja Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Wer bezahlt die Krankenkassenprämien?

die/die Unterzeichnende

Sozialdienst: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Regelungen bezüglich der Rechnungsstellung**

Sie haben abgeklärt und sichergestellt, dass Sie zur direkten Kontaktaufnahme mit einem spezialisierten Arzt berechtigt sind, also kein einschränkendes Krankenversicherungsmodell abgeschlossen haben wie z.B. Hausarztmodell, Erstkontakt per Telefon etc. Ansonsten sind Sie sich bewusst, dass das Folgekosten zu Ihren Lasten mit sich bringen kann.

Weiter erteilen Sie Dr. Aegerter die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten an folgende Stellen weiterzuleiten: rechnungsstellende Ärztekasse; die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen und die zuständigen staatlichen Instanzen.

Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur jene Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Dr. Aegerter ist ermächtigt, medizinische Akten über Sie zur Einsicht einzufordern und in Ihrem Interesse auch weiterzuleiten.

**Entbindung der Schweigepflicht**

Damit eine Zusammenarbeit mit der Stiftung Passaggio reibungslos funktionieren kann, ist Dr. Aegerter auf eine Entbindung der Schweigepflicht gegenüber der Stiftung Passaggio angewiesen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Dr. Aegerter gegenüber den Mitarbeiter\*innen der Stiftung Passaggio in Ihrem Interesse von der ärztlichen Schweigepflicht befreit ist.

Sie bestätigen, das Formular wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben und erklären sich mit der Behandlung und den erwähnten Konditionen einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_