
	Dokumentenname: <b>Stammdatenerfassung</b>	Check: Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 1
	Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Ildikó Czeiner August-Mohl-Str. 38 95030 Hof/Saale	

Name Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

**Name, Adresse & Kontaktdaten in wessen Haushalt das Kind lebt:**

_____	Festnetz:	_____
_____	Handy:	_____
_____	Sonstige:	_____
_____	E-Mail:	_____

**Name, Adresse & Kontaktdaten des anderen Sorgeberechtigten (soweit zutreffend):**

_____	Festnetz:	_____
_____	Handy:	_____
_____	Sonstige:	_____
_____	E-Mail:	_____

Hausarzt, Ort: \_\_\_\_\_

Kinderarzt, Ort: \_\_\_\_\_

**Zuständiges Jugendamt (soweit zutreffend):** \_\_\_\_\_

- Daten der zuständigen Kontaktperson (Erziehungsbeistand, Soz.-päd. Familienhilfe):

_____	Festnetz:	_____
_____	Handy:	_____
_____	Sonstige:	_____
_____	E-Mail:	_____

**Bei Heimunterbringung (soweit zutreffend):**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adressdaten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Daten der Kontaktperson:

_____	Festnetz:	_____
-------	-----------	-------

_____	Handy:	_____
-------	--------	-------

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: erstellt/von 25.02.2021 Wo	Datum: geprüft/von 21.09.2021 S. K.	Datum Freigabe/von PL 21.09.2021 /IC	Dokumentenpfad: USB-Stick:\QMH\FB\FB Stammdatenerfassung
---	---	---	---