

	Dokumentenname: Stammdatenerfassung	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.: _____

Sorgeberechtigte: _____ geb.: _____

_____ geb.: _____

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

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

Bei getrennt lebenden Eltern:

Name, Adresse & Kontaktdaten des anderen Sorgeberechtigten:

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

Kinderarzt / Hausarzt, Ort: _____

Zuständiges Jugendamt (soweit zutreffend): _____

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

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

Bei Heimunterbringung (soweit zutreffend):

Name der Einrichtung: _____

Adressdaten: _____

Daten der Kontaktperson:

_____	Festnetz:	_____
_____	Handy:	_____

Ausgefüllt von: _____

Datum, Unterschrift: _____

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