



Anmeldeformular für Kinder und Jugendliche Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK (0 – 18 Jahre)

Anmeldung zur

- ☐ Konsiliarischen psychiatrischen Abklärung/Diagnostik
☐ Integriert psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung

Frühere Behandlung im Ambulatorium SRK: ☐ ja ☐ nein

Stammdaten Patient/in

Name: _____ Vorname: _____
Geschlecht: ☐ m ☐ w
Geburtsdatum: _____ Herkunftsland: _____
Geschwister: _____

Stammdaten Eltern

Name und Vorname des **Vaters**: _____
Geburtsdatum Vater: _____ Herkunftsland: _____
Beruf Vater: _____ Zivilstand: _____

Name und Vorname der **Mutter**: _____
Geburtsdatum Mutter: _____ Herkunftsland: _____
Beruf Mutter: _____ Zivilstand: _____

Adresse Patient/in

Strasse: _____ Adresszusatz: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel.: _____ Mobile: _____
Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____



Schule:

Adresse Eltern (wenn oder was abweichend zu dem des Kindes)

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Tel.:

Mobile:

Adresse Mutter:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Tel.:

Mobile:

Aufenthaltsstatus:

☐ N

□ F

□ B

□ C

□ CH

Seit wann in der Schweiz:

Stand des Asylverfahrens:

Sprache:

Dolmetscher/in erforderlich:

☐ ja

☐ nein

Institution:

Name der Bezugsperson:

Zuständige Person bei der KESB:

Gefährdungsmeldung erfolgt an KESB:

☐ ja

Datum:

☐ nein

Angaben zur Sozialanamnese Eltern

Aufenthaltsstatus Mutter: ☐ N ☐ F ☐ B ☐ C ☐ CH

Sprache Mutter

Dolmetscher erforderlich ☐ ja ☐ nein

Aufenthaltsstatus Vater: ☐ N ☐ F ☐ B ☐ C ☐ CH

Sprache Vater

Dolmetscher erforderlich ☐ ja ☐ nein

Die Textfelder sind auf 5 Zeilen im Ausdruck beschränkt. Längere Berichte bitte beilegen:

Aktuelle Symptomatik, Anlass zur Anmeldung:

Traumaspezifische Kurzanamnese:

Diagnosen (somatisch, psychisch):

Aktuelle Medikation:

Weitere Therapien (Physio-, Ergotherapie, Akupunktur oder ähnliches):

Gibt es Hinweise auf schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol oder anderen Substanzen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Erfolgte bereits eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: ☐ ambulant ☐ stationär

Wann, wo:

Wir bitten Sie, aussagekräftige Befunde/Arztberichte bei Einverständnis des Patienten/der Patientin beizulegen.

Zuweisende/r Arzt/Ärztin

Name, Vorname:

Praxisadresse:

PLZ, Ort:

Tel.:

Datum: _____ Unterschrift und Stempel _____

Bitte unterschrieben per Post oder Fax an das Sekretariat des Ambulatoriums oder an
gi-ambulatorium@redcross.ch (HIN-Secured)

Adresse siehe Fusszeile Seite 1