



Dr. med. univ. (A)

## Claudia Urbantke

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
Psychotherapie  
FMH Schwerpunkt  
Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
Psychotherapie

**Fabrikstrasse 50**  
**8005 Zürich**  
**claudia.urbantkehin.ch**  
**079 608 80 05**  
**praxis-urbantke.ch**

### Daten Kind bzw. Jugendliche/r:

Vorname:

Zuname:

Geburtsdatum:

Geburtsort-/land:

Geschlecht:  w  m  divers

Religion:

Nationalität:

Krankenkasse:

Vers.-Nummer:

IV (GG - medizinische Massnahmen):

Telefonnr:

Mailadresse:

### Adresse Hauptwohnsitz

Strasse und Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

*Falls abweichend: Aktuelle Wohnadresse? Institution?; Grund für ausserfamiliärer Wohnsituation?:*

*Ansprechperson?*

*Telefonnr:*

*Mailadresse:*



Anmeldung auf Anraten/ Empfehlung oder Zuweisung von? Wegen?

**Daten Eltern:**

Elterliche Sorge:  beide Eltern  nur Mutter  nur Vater  andere

Kind lebt bei  beiden Eltern  Mutter  Vater  mit Geschwistern  anderes\*

Besonderheiten (z. B. \*ausserfam. Wohnsituation, ggf. Obhuts-/Besuchsregelungen, Patchwork etc.):

**Mutter:**

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Adresse (falls abweichend vom Kind):

Beruf (Pensum):

Telefonnummer/n:

Mailadresse:



**Vater:**

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Adresse des Vaters (falls abweichend):

Beruf (Pensum):

Telefonnummer/n:

Mailadresse:

***Sonstige wichtige Bezugs- und/oder Betreuungspersonen, Ansprechpersonen:***

***Haus- und/oder Kinderarzt/ärztin:***

Weitere behandelnde Ärzt:innen oder Therapeut:innen, z. B. Logopädie,  
Psychomotorik, Psychotherapie etc. [aktuell und/oder früher (wann, weshalb, wo/wer)]:

Sonstiges/Bemerkungen/Ergänzungen: