

**Ansuchen Arztwahl für Kinder in Abweichung des Art. 22 Abs. 3 des Vertrages für die Regelung der Beziehungen mit den Kinderärzten freier Wahl**

**Domanda scelta medica per bambini/e in deroga all'art. 22, comma 3, dell'accordo per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta**

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

(Prego contrassegnare la casella corrispondente)

- Wahl Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin für Kinder von 0 bis 6 Jahren  Scelta del/la medico/a di medicina generale per bambini/e da 0 a 6 anni  
 Wahl eines Kinderarztes/einer Kinderärztin  Scelta di un/a pediatra  
 Beibehaltung eines Kinderarztes/einer Kinderärztin  Mantenimento di un/a pediatra

Der/die unterfertigte, il/la sottoscritto/a .....  
 geb. am, nato/a il ..... in/a .....  
 wohnhaft in / residente a ..... Str./via .....  
 Tel.-Nr. / n. tel. ....  
 (Zertifizierte E-mail Adresse – PEC - Indirizzo posta elettronica certificata)

ersucht für sein/ihr Kind ..... chiede per il/la proprio/a figlio/a .....  
 (Vor- und Zuname angeben, indicare il cognome e nome) ..... (Geburtsdatum-data di nascita) .....

den Arzt/die Ärztin ..... di poter scegliere .....  
 Dr./il dott./la dott.ssa .....

wählen zu dürfen. Begründung: .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Erklärt, dass zur Zeit obgenanntes Kind .....  
 keinen Vertrauenskindarzt/Ärztin hat  non ha il/la pediatra di libera scelta  
 folgende/n Kinderarzt/Kinderärztin hat  ha il /la seguente pediatra  
 Dr./il dott./la dott.ssa .....  
 (Datum / data) ..... (Unterschrift / firma) .....

**Einwilligungserklärung Arzt/Ärztin**

**Dichiarazione d'accettazione medico/a**

(Datum / data)

(Stempel und Unterschrift / timbro e firma)

**Gutachten Gesundheitsbezirk**

**Parere Compensorio sanitario**

vom/ del ..... Anmerkung/nota: .....  
 positiv/positivo  negativ/negativo  
 .....  
 (Unterschrift/firma) .....