

**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. ....

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.

come medico/a.

Begründung:

Motivazione:

.....  
.....  
.....

Erklärt, dass zur Zeit obgenanntes Kind

Dichiara che attualmente il/la figlio/a

keinen Vertrauenskinderarzt/Ärztin hat  
folgende/n Kinderarzt/Kinderärztin hat

non ha il/la pediatra di libera scelta  
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 del Compensorio sanitario**

vom/ del ..... Anmerkung/nota: .....

positiv/positivo

negativ/negativo

.....  
(Unterschrift / firma)