

Anfrage zur Beibehaltung der Kinderärztin/ des Kinderarztes freier Wahl bis zum 16. Lebensjahr

Richiesta di mantenimento della/del pediatra di libera scelta fino al 16° anno di età

Die/der Unterfertige/r - Il/la sottoscritto/a _____

geb. am- nato/a il _____

in-a _____

wohnhaft in - residente a _____

Str. /via _____

Nr./nr _____

E-Mail Adresse - Indirizzo di posta elettronica _____

Zertifizierte E-mail Adresse (PEC) - Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

erklärt

dichiara

ein Elternteil oder Erziehungs-berechtigte/r von _____

di essere genitore o esercente della potestà di genitore di _____

zu sein und dass er/sie diesen Antrag im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil gemäß Art. 337 ter des italienischen Zivilgesetzbuches oder in Übereinstimmung mit dem Gesetz oder den Bestimmungen der Gerichtsbehörde einreicht

e di presentare codesta richiesta di comune accordo con l'altro genitore ex art. 337 ter c.c ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

Vormund/Kurator/Sachwalter von _____

di essere tutore/curatore/amministratore di sostegno di _____

zu sein und dass der vorliegende Antrag Teil der Aufgaben ist

e che la presente richiesta rientra nello svolgimento dei propri compiti

und ersucht

e chiede

um Beibehaltung der Kinderärztin/des Kinderarztes freier Wahl

di poter mantenere il pediatra di libera scelta

Dr. _____

bis zum 16. Geburtstag
Datum/data

fino al compimento del 16° anno di età.
Unterschrift / Firma

Einwilligungserklärung der Ärztin/des Arztes

Der/die unterfertigte Arzt/Ärztin
_____ erklärt:

dass sich die/der oben genannte Minderjährige in einer „besonderen“ Situation befindet, die in Art. 41 des geltenden GSKV und Art. 9 Absatz 1 Buchstabe a) des geltenden Landeszusatzvertrages bezüglich der Verlängerung der kinderärztlichen Betreuung bis zum 16. Geburtstag vorgesehen ist, aufgrund von:

erklärt, auch weiterhin für die Betreuung der/des oben genannten Minderjährigen zur Verfügung zu stehen.

Datum/data

Dichiarazione del pediatra di libera scelta

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa
_____ dichiara:

che il suddetto minore si trova in una situazione "particolare" prevista dall'art. 41 del vigente ACN e art. 9 comma 1 lettera a) del vigente Accordo Integrativo Provinciale relativi al prolungamento dell'assistenza pediatrica fino al 16° anno di età, in quanto presenta:

dichiara altresì di essere disponibile a continuare l'assistenza nei confronti del suddetto minore.

Stempel und Unterschrift / timbro e firma