

Liebe kleinen und großen Patienten, sehr geehrte Eltern!

Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis.

Um eine mögliche Aufnahme als Patient unserer Praxis zu prüfen, bitten wir Sie um folgende Angaben.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und korrekt. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an eine Mitarbeiterin an der Anmeldung.

Personalien:

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versichert bei: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____

Telefon: _____ e-Mail: _____

Mutter: _____
Name/Vorname

erlernter Beruf _____ aktuelle Tätigkeit _____

Vater: _____
Name/Vorname

erlernter Beruf _____ aktuelle Tätigkeit _____

Wer hat das Sorgerecht? _____

Krankenkasse: _____

Der Patient ist das 1. / 2. / 3. ... Kind von: 1 / 2 / 3 / Kindern

Geschwister (Vorname und Alter): _____

Vorgeschichte:

Bisheriger Hausarzt?

Name:

Adresse:

Arztwechsel?

Grund ?

Umzug? Von:

Wann?

Vorerkrankungen:

keine

ja, welche:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: nein
 ja, welche:

Mitbehandelnde Ärzte: keine
 ja, welche:

Impfstatus: (gemäß STIKO/SIKO): nein geplant vollständig

Migrationshintergrund der Familie/Nationalität: _____

Möchten Sie über fällige Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen informiert werden?
Ja (nur per Mail möglich) Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir werden Sie über einen möglichen Termin informieren.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen sämtliche Mitarbeiter der Praxis.