

Patientendaten

Name des Patienten _____

geboren am _____

Versichertendaten (Bei wem ist Ihr Kind mitversichert?)

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

E-Mail-Adresse _____

Telefonnummer _____

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung _____

Möchten Sie an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? Wenn ja, wie?
ja nein telefonisch per E-Mail per Post

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Bei einer Empfehlung / Überweisung
Empfehlung Internet Telefonbuch Überweisung Anzeige

Name der uns empfehlenden Person / des überweisenden Arztes

Hiermit erkläre ich mich mit der Behandlung meines Kindes einverstanden.

Patient _____

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung ja nein

Wenn ja, an welcher?

Herz-Kreislauf ja nein

Diabetes ja nein

Magen-Darm ja nein

Erkrankungen der innere Organe ja nein

Gerinnungsstörungen ja nein

Hepatitis oder andere Infektionskrankheiten ja nein

Geistige Behinderungen ja nein

Sonstige _____

Wer ist der behandelnde Kinderarzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Reagiert Ihr Kind allergisch oder überempfindlich ja nein

auf bestimmte Stoffe? Wenn ja, auf welche? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall
oder eine Operation? ja nein

Verliefen Geburt und Schwangerschaft normal? ja nein

Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß und teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes und des Versichertenstatus mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum, Unterschrift Patient