

HINWEIS: Dieses Formular ist nur für Eltern von Kindern, die bereits bei uns aufgenommen sind

Liebe Eltern,

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis für die medizinische Betreuung Ihres Kindes gewählt haben und heißen Sie herzlich willkommen. Wir möchten Sie und Ihr Kind gerne besser kennenlernen und bitten Sie daher um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort/-Klinik: _____

Wohnadresse: _____

Vor- und Nachname der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefonnummer(n): _____

Email-Adresse(n): _____

Vor- und Nachname des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefonnummer(n): _____

Email-Adresse(n): _____

Gemeinsames Sorgerecht? ja ☐ nein ☐ wenn nein, Sorgerecht bei Mutter ☐ bei Vater ☐

Krankenkasse: _____

Versichertennummer _____

Hauptversicherte(r) ☐ Vater
☐ Mutter

Chronische oder schwerwiegende Erkrankungen bei Ihrem Kind oder in der Familie zurück bis zu Großeltern. (Bitte angeben, wer, was, ...)

Asthma:	ja ☐	_____	nein ☐
Hüfterkrankungen	ja ☐	_____	nein ☐
Augenerkrankungen (z.B. Brille vor dem 4. Geburtstag)	ja ☐	_____	nein ☐
Hörstörungen	ja ☐	_____	nein ☐
Fehlbildungen	ja ☐	_____	nein ☐
Herz/Kreislaufferkrankungen	ja ☐	_____	nein ☐
Diabetes	ja ☐	_____	nein ☐
Immundefekte	ja ☐	_____	nein ☐
Allergien	ja ☐	_____	nein ☐

Sonstige Erkrankungen in der Familie, die relevant sind:

War Ihr Kind seit der Geburt schwerwiegend erkrankt?

ja ☐ _____ nein ☐

Gab es eine Operation?

ja ☐ _____ nein ☐

Besondere Ernährungsform der Familie (z.B. vegetarisch, vegan)? ja ☐ nein ☐

Wir bieten Ihnen den Service, den Impfstatus von Ihnen als Eltern und auch von den Großeltern und eventuell weiteren wichtigen Bezugspersonen des Kindes zu überprüfen, um es bestmöglich schützen zu können. Bitte bringen Sie daher alle Impfausweise der o.g. Personen in die Praxis mit. Bei Bedarf kann bei uns auch eine Auffrischimpfung erfolgen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Datum	Unterschrift(en)	Mutter	Vater	Andere
Die gegenseitige Verlässlichkeit ist uns sehr wichtig. Wir bieten Ihnen an, dass Sie in unserer Praxis in der Regel nicht lange warten müssen. Wenn Sie nicht oder mit deutlicher Verspätung kommen, können wir in dieser Zeit keine anderen Patienten behandeln. Deswegen bitten wir Sie mit Ihrer Anmeldung um Ihre Zusage, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten oder rechtzeitig absagen.				