

**Dr. med. Jan Matyas/ Dr. med. Sören Westerholt**  
**Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**  
**Standort Vorsfelde und Velpke**

Sehr geehrte Eltern,  
vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Praxis. Leider sind wir schon seit längerem gezwungen, den Zugang zu unserer Praxis zu beschränken. Die zeitliche Länge unserer Sprechstunden ist weder für die bereits durch uns betreuten Patienten noch für uns selber, unser Personal und unsere Familien zumutbar gewesen. Gleichzeitig ist uns aber bewusst, dass es für viele Familie in Wolfsburg schwierig ist, eine kinderärztliche Praxis zu finden, die sie aufnimmt. Da wir im Rahmen unserer Möglichkeiten versuchen wollen, insbesondere in Härtefällen dennoch eine Aufnahme in unserer Praxis zu ermöglichen, bitten wir sie darum, folgenden Fragebogen auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Dringlichkeit Ihres Anliegens einzuordnen und die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.

**Name des Kindes:**.....  
geb. am:.....geb. in:.....

Adresse: .....  
.....

Bisher kinderärztlich betreut durch: .....  
Krankenversicherung:.....

**Personalien der Eltern**

Name der Mutter:.....Geb.datum:.....  
Beruf:.....

**Sorgeberechtigt : ja  nein**

Name des Vaters:.....Geb.datum:.....  
Beruf:.....

**Sorgeberechtigt : ja  nein**

E- Mail Adresse:.....

Tel:.....Mobil:.....

Name der Geschwister:

.....Geb.datum:.....

.....Geb.datum:.....

.....Geb.datum:.....

Bekannte Erkrankungen des Kindes:

.....

Impfstatus:.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:.....

Wenn sie bereits kinderärztlich in Wolfsburg betreut werden, was ist der Grund für Ihren Wunsch die Praxis zu wechseln:.....

.....

---

Datum, Unterschrift eines Sorgeberechtigten