Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. Weinzheimer & Dr. Reinfeld und Kollegen

Patienten-/ Elternfragebogen
Angaben zum Patienten

Kind 1
Name: ..... Vorname: .....
Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....
Adresse:
Straße & Nr.: ..... PLZ: ..... Ort: .....
Krankenkasse des Kindes .....

Kind 2
Name: ..... Vorname: .....
Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....
Adresse:
Straße & Nr.: ..... PLZ: ..... Ort: .....
Krankenkasse des Kindes .....

Kind 3
Name: ..... Vorname: .....
Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....
Adresse:
Straße & Nr.: ..... PLZ: ..... Ort: .....
Krankenkasse des Kindes .....

Angaben zur Mutter	**Angaben zum Vater**
Name:	Name: .....
Vorname:	Vorname: .....
Telefon privat:	Telefon privat: .....
Telefon dienstl:	Telefon dienstl: .....
Handy:	Handy: .....
E-Mail:	E-Mail: .....

Wieso möchten Sie Ihr Kind in unserer Praxis betreuen lassen:
.....
.....

Bei Neugeborenen bitte Schwangerschaftswoche angeben: SSW

Welcher Arzt hat die bisherige Betreuung übernommen:
.....
.....

Welche Impfungen hat Ihr Kind in welchem Alter bisher erhalten:
Kind 1: .....
Kind 2: .....
Kind 3: .....

Sind Sie Impfgegner: JA☐ Nein☐

Gibt es bekannte chronische Erkrankungen des Kindes (z.B. Herz/Lunge....):
.....
.....

Innerhalb von drei Werktagen erhalten Sie eine Antwort auf Ihre Anfrage. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet. Sollte eine Aufnahme/ Übernahme Ihres Kindes(er) nicht möglich sein, werden die Daten unverzüglich gelöscht. Sie erlauben uns mit der Beantwortung dieser Mail die Antwort ebenfalls unverschlüsselt als Mail zurückzusenden oder telefonischen Kontakt aufzunehmen.