



Dr. med

Michael Harre

Kinder- und Jugendarzt

Brauhausstraße 5 • 36100 Petersberg

Aufnahmebogen

Liebe Eltern,
um Ihr Kind optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Angaben, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln.

Krankenkasse: _____

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email-Adresse: _____

Name des Hauptversicherten: _____

Geb.-Datum: _____

Evtl. abweichende Anschrift: _____

Name Frauenarzt: _____ Name der Haushebamme: _____

Schwangerschaften: _____ Geburten: _____

Vater:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Nationalität: _____

Erkrankungen: _____

Erkrankungen in der Familie*: _____

Mutter:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Nationalität: _____

Erkrankungen: _____

Erkrankungen in der Familie*: _____

Geschwister:

Name	Geburtsdatum	Erkrankungen
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sonstige Besonderheiten: _____

*Z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Allergien, Krebs, Sehfehler, Diabetes, Rheuma und andere chronische Erkrankungen