KINDER- & JUGENDARZT
Rafael Grühn-Reichelt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
An der Roten Bleiche 1, 21335 Lüneburg
04131-57122 04131-51822
kontakt@kinderarzt-gruehn-reichelt.de
www.kinderarzt-gruehn-reichelt.de

Anfrage kinderärztliche Betreuung

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer kinderärztlichen Betreuung Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder durch unsere Praxis. Um Ihnen eine bestmögliche Betreuung anbieten und unsere Kapazitäten planen zu können, bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen. Sie können es uns per E-Mail an **kontakt@kinderarzt-gruehn-reichelt.de** oder per Post zusenden oder es bei uns vor Ort ausfüllen. Wir melden uns kurzfristig bei Ihnen. Weitere Informationen finden Sie auf **www.kinderarzt-gruehn-reichelt.de**.

☐ **Unsere Kinder wurden bisher in der Kinderarztpraxis Dr. Janta, Lüneburg, betreut.**

☐ **Bisherige kinderärztliche Betreuung bei:** _____

Kontaktdaten der Eltern / Sorgeberechtigten

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon (mobil): _____ Weitere Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Weitere sorgeberechtigte Person (Name, Telefon): _____

Angaben zu Ihren Kindern

Bitte je Kind einen Block ausfüllen – bei mehr als vier Kindern einen zweiten Bogen.

Kind 1

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Krankenversicherung: _____

Versichert: ☐ gesetzlich ☐ privat

Steht aktuell eine Impfung aus? ☐ ja ☐ nein

Nach STIKO-Empfehlung geimpft? ☐ ja ☐ nein

Chronische oder schwere Erkrankungen (optional), auch in der Vorgeschichte? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

Nächster regulär anstehender Termin, soweit bekannt
z. B. U-Untersuchung, Impfung, Kontrolle – mit Monat/Datum

_____

Kind 2

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Krankenversicherung: _____

Versichert: ☐ gesetzlich ☐ privat

Steht aktuell eine Impfung aus? ☐ ja ☐ nein

Nach STIKO-Empfehlung geimpft? ☐ ja ☐ nein

Chronische oder schwere Erkrankungen (optional), auch in der Vorgeschichte? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

Nächster regulär anstehender Termin, soweit bekannt
z. B. U-Untersuchung, Impfung, Kontrolle – mit Monat/Datum

_____

Bitte umblättern – weiter auf Seite 2 ▶▶

Angaben zu Ihren Kindern (Fortsetzung)

Kind 3

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Krankenversicherung: _____

Versichert: ☐ gesetzlich ☐ privat

Steht aktuell eine Impfung aus? ☐ ja ☐ nein

Nach STIKO-Empfehlung geimpft? ☐ ja ☐ nein

Chronische oder schwere Erkrankungen (optional), auch in der Vorgeschichte? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

Nächster regulär anstehender Termin, soweit bekannt
z. B. U-Untersuchung, Impfung, Kontrolle – mit Monat/Datum

_____

Kind 4

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Krankenversicherung: _____

Versichert: ☐ gesetzlich ☐ privat

Steht aktuell eine Impfung aus? ☐ ja ☐ nein

Nach STIKO-Empfehlung geimpft? ☐ ja ☐ nein

Chronische oder schwere Erkrankungen (optional), auch in der Vorgeschichte? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

Nächster regulär anstehender Termin, soweit bekannt
z. B. U-Untersuchung, Impfung, Kontrolle – mit Monat/Datum

_____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen? *z. B. Besonderheiten, Fragen an uns*

_____

_____

_____

_____

Einverständnis und Unterschrift

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zur Terminabsprache per E-Mail und Telefon kontaktiert.

Unsere Datenschutzinformationen hängen in der Praxis aus und werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und dass eine ggf. weitere sorgeberechtigte Person informiert ist und kein Widerspruch besteht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Elternteil / sorgeberechtigte Person

Vielen Dank! – Ihr Team der Kinderarztpraxis Grühn-Reichelt