

Liebe Eltern,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und senden Sie uns den ausgefüllten Bogen per Post zurück.
Anhand unserer aktuellen Kapazitäten entscheiden wir dann über eine Aufnahme Ihres Kindes in unserer Hausarztpraxis.
Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich gemäß der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank!
Ihr Team der Kinderarztpraxis Dr. Heimke

Angaben zum Kind:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

Angaben zur Mutter:

Name: _____

Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bekannte Krankheiten: _____

Angaben zum Vater bzw. 2. Elternteil:

Name: _____

Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bekannte Krankheiten: _____

Das Sorgerecht haben: beide Eltern nur die Mutter / der Vater

Angaben zu Geschwistern:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Probleme oder Krankheiten: _____

Angaben zu Geschwistern:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Probleme oder Krankheiten: _____

Angaben zu Geschwistern:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Probleme oder Krankheiten: _____

Angaben zu Geschwistern:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Probleme oder Krankheiten: _____

Angaben zu Geschwistern:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Probleme oder Krankheiten: _____

Angaben zu Geschwistern:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Probleme oder Krankheiten: _____

Welche Besonderheiten gab es bei Schwangerschaft und Geburt bei Ihrem Kind?

Angaben zu aktuellen Problemen oder Krankheiten Ihres Kindes:

Dauermedikamente: ja nein Wenn ja, welche: _____

Dauertherapien: ja nein Wenn ja, welche: _____

Was ist Ihnen bei Ihrem Kinderarzt wichtig?

Ort und Datum: _____

Beantwortet von: _____