

Kinder- und Jugendarztpraxis
Dr. Braun / Dr. Stelzer / Dr. Wörner-Heilbrunner

Liebe Patienten,

03/2022

wir freuen uns sehr, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und mit Ihrem Kind in unsere Praxis kommen. Um eine gezielte und bessere Zusammenarbeit zu ermöglichen, haben wir hier noch einige Fragen an Sie:

Allgemeine Informationen über Ihr Kind

Vor- und Nachname _____ Geburtstag _____

Straße, Ort _____

Telefon _____ Geschäft _____ mobil _____

E-Mail Eltern _____

Krankenkasse _____

Geschwister _____

Eltern verheiratet zusammenlebend alleinerziehend

Sorgerecht Mutter Vater Sonstige

Name der Mutter _____ des Vaters _____

Beruf der Mutter _____ des Vaters _____

Bitte informieren Sie uns zeitnah bei Änderungen.

Falls privat versichert: Name der Privatversicherung: _____

Vor- und Nachname des Versicherten _____

Falls Adresse abweicht: Straße und PLZ _____

Mein Baby/Kind ist gesund: ja nein

Bei Wechselpatienten:

Anamnese:

Kindergarten Ja Nein Schule: _____ Klasse _____

Erkrankungen in der Familie: _____

Hatte Ihr Kind Unfälle? _____

Allergien? Welche? _____

Bisherige Erkrankungen? _____

Chronische Erkrankungen? _____

(Schul)Probleme? _____

Bisherige Therapien? Logopädie Ergotherapie Krankengymnastik

Dauermedikamente? _____

Bisheriger Kinderarzt? _____

Hatte Ihr Kind die Windpocken? Ja Nein 2 x geimpft

Hausarztvertrag? Ja Nein

Bei Wechsel der Kinderarztpraxis: Wir sind damit einverstanden, dass Vorbefunde beim bisherigen Behandler angefordert werden.

Wir informieren Sie über Neuigkeiten/Impfungen/Vorsorgen/Terminverschiebungen etc. per E-Mail oder über unsere Praxisapp. Ich/wir bin/sind damit einverstanden.

.....
Datum, Unterschrift