

STAMMBLATT

Kind

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Klasse: _____
Anschrift: _____

Mutter

Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____
Tel.: _____
Privat: _____ Dienst: _____ Mobil: _____
Sorgeberechtigt Ja Nein

Vater

Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____
Tel.: _____
Privat: _____ Dienst: _____ Mobil: _____
Sorgeberechtigt Ja Nein

Erkrankungen

Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen? > Ja Nein<
Wenn ja welche?

Liegen Allergien vor? > Ja Nein< Wenn ja welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? > Ja Nein<

Wenn Ja: Vereinbaren Sie bitte einen Termin mit uns!

Wie ist Ihr Kind krankenversichert?

Kasse : _____ Vers. Nummer: _____

Hauptversicherte(r): _____

Behandelnder Kinderarzt : _____ Tel.: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

