

Patientenaufnahmeformular

Liebe Eltern,

wir bitten Sie darum, die folgenden Fragen zu beantworten. Dadurch können wir Sie – gegebenenfalls – besser erreichen und erhalten wichtige Informationen, welche uns helfen Ihr Kind gut zu betreuen.

Bitte beachten Sie, dass diese Angaben freiwillig sind und der Schweigepflicht unterliegen. Bitte lesen Sie sich auch das ausliegende Informationsschreiben zur DSGVO durch.

Vor- und Nachname:

Chronische Erkrankungen:

Betreut durch (z.B. Spezialambulanz) Dauermedikation:

Fördermaßnahmen: Allergien/

Unverträglichkeiten:

Familiäre Erkrankungen:

Vor- u. Nachname Mutter: Tel. Nr.:

Vor- u. Nachname Vater: Tel. Nr.:

Versichert über: Mutter Vater

Wer ist sorgeberechtigt? Beide Eltern nur Mutter nur Vater

Platz für Notizen:

.....

.....

.....