

Aufnahmebogen

Liebe Eltern!

Um Ihr Kind optimal betreuen und in seiner Entwicklung begleiten zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!



**Kinderärzte
Blockdiel**

Gemeinschaftspraxis für
Kinder- und Jugendmedizin

Jörg Stade
Kinder-Pneumologie

Annette Kanngießer

Dr. med. Mareike Rieger-Meya
Kinder-Gastroenterologie

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Straße: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____ versichert über: _____

Kind lebt bei: _____ Sorgerecht: _____

Allergien: _____

Vorerkrankungen: _____

Welcher Arzt hat wichtige Befunde: _____

Mutter:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Geschwister (Name, Geburtsjahr): _____

Familiensprache(n): _____

Erkrankungen in der Familie: _____

Vater:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

Beruf: _____

Telefon: _____