

# Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. Weinzheimer & Dr. Reinfeld und Kollegen

## Patienten-/ Elternfragebogen Angaben zum Patienten

### Kind 1

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....  
Adresse:  
Straße & Nr.: ..... PLZ: ..... Ort: .....  
Krankenkasse des Kindes .....

### Kind 2

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....  
Adresse:  
Straße & Nr.: ..... PLZ: ..... Ort: .....  
Krankenkasse des Kindes .....

### Kind 3

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....  
Adresse:  
Straße & Nr.: ..... PLZ: ..... Ort: .....  
Krankenkasse des Kindes .....

Angaben zur Mutter	Angaben zum Vater
Name: .....	Name: .....
Vorname: .....	Vorname: .....
Telefon privat: .....	Telefon privat: .....
Telefon dienstl: .....	Telefon dienstl: .....
Handy: .....	Handy: .....
E-Mail: .....	E-Mail: .....

**Wieso möchten Sie Ihr Kind in unserer Praxis betreuen lassen:**

.....  
.....

**Bei Neugeborenen bitte Schwangerschaftswoche angeben:** SSW

**Welcher Arzt hat die bisherige Betreuung übernommen:**

.....  
.....

**Welche Impfungen hat Ihr Kind in welchem Alter bisher erhalten:**

Kind 1: .....

Kind 2: .....

Kind 3: .....

**Wir möchten unser Kind nach den zeitlichen und inhaltlichen Impfempfehlungen der ständigen  
Impfkommision (STIKO) impfen lassen: Ja Nein  
Gibt es bekannte chronische Erkrankungen des Kindes (z.B. Herz/Lunge....):**

.....  
.....

Innerhalb von drei Werktagen erhalten Sie eine Antwort auf Ihre Anfrage. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet. Sollte eine Aufnahme/ Übernahme Ihres Kindes(er) nicht möglich sein, werden die Daten unverzüglich gelöscht. Sie erlauben uns mit der Beantwortung dieser Mail die Antwort ebenfalls unverschlüsselt als Mail zurückzusenden oder telefonischen Kontakt aufzunehmen.