

Patientenaufnahmeformular

Liebe Eltern unserer Patienten,

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

Bitte beachten Sie, dass diese Angaben selbstverständlich 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- und Nachname Mutter _____

Telefonnummer: _____

Vor- und Nachname Vater: _____

Telefonnummer: _____

Versichert über: Mutter Vater

Wer ist sorgeberechtigt? Beide Eltern nur Mutter nur Vater

Platz für Notizen:
