



Liebe Eltern,

ich möchte Sie bitten den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und dienen nur der ärztlichen Behandlung Ihres Kindes in meiner Praxis. Das Ausfüllen ist freiwillig, aber je mehr ich erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Ihr Kind gesundheitlich unterstützen.

Kind: _____
Name Vorname geb.

Ansprechpartner: _____
Name Vorname geb.

Anschrift: _____
Straße, Haus-Nr. Postleitzahl, Wohnort

Telefon: Festnetz: _____ Mobil: _____

e-mail-Adresse: _____

Bei Privatpatienten Name der Kasse: _____

beihilfeberechtigt ja nein

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben

Wer ist der Kinder- oder Hausarzt: _____

Welche Auffälligkeiten / Beschwerden liegen bei heutiger Vorstellung vor? _____

Bei Säuglingen Schwangerschaft normal? ja nein

Wenn Komplikationen, welche? _____

Geburt normal? ja _____ nein

Wenn nein, z.B. Kaiserschnitt (Sectio), Saugglocke? _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben zeitnah mit.

Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unserer Praxis bereit.

Bitte beachten Sie: Wir behalten uns vor, für reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 24 Stunden vor Behandlungsbeginn) ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Datum: _____ Unterschrift: _____