

Aufnahmebogen

Kind / Patient

Name				Vorname			
geboren am				<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich		
Straße/Nr.				PLZ/Ort			
Ihr Kind geht in:	<input type="checkbox"/> eine Kita			<input type="checkbox"/> den Kindergarten			<input type="checkbox"/> die Schule/Klasse

Erziehungsberechtigte(r)

<input type="checkbox"/> Mutter		<input type="checkbox"/> Vater		<input type="checkbox"/> sonstige	
Vor- und Nachname der Mutter			geboren am		
Telefon privat			Telefon Arbeit		
Telefon mobil			E-Mail		
Adresse Mutter (Straße, Nr., PLZ, Ort)					
Vor- und Nachname des Vaters			geboren am		
Telefon privat			Telefon Arbeit		
Telefon mobil			E-Mail		
Adresse Vater (Straße, Nr., PLZ, Ort)					

Krankenversicherung

Wie ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> zusätzlich versichert
Über wen ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	
Name der Krankenversicherung			
Wer ist der Rechnungsempfänger bei privaten Zusatzleistungen?			
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige			

Kinderarzt / Name	Ort
Überweisender Arzt / Name	Ort
Überweisungsgrund	

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Möchten sie an den nächsten Kontrolltermin Ihres Kindes informiert werden? Ja Nein

Hinweis zur Organisation: Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen und Ihrem Kind lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden nach GOZ berechnen müssen. (80,- €/Std.) §615.611 BGB.

.....
Datum, Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten