

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?

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 bei wiederholtem Nichterscheinen keine weitere Behandlung in unserer Praxis erfolgen kann.

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