

Anmeldung



Vor- und Nachname d. Patient:in: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____ Email: _____

Anschrift des/ der Patient:in: _____

Krankenkasse mit Anschrift: _____

Versichertennummer: _____

Kinderärzt:in/ Hausärzt:in mit Anschrift: _____

Vorstellungsgrund: _____

Beginn der Symptomentwicklung/Auslöser: _____

Problemlöseversuche: _____

Medikation: _____

Vorbehandlungen

Von... bis...	Behandler:in	Grund der Behandlung

Erkrankungen/ Allergien: _____

Angaben zu den Kindeseltern

	Elternteil I	Elternteil II
Vor- / Nachname		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Ggf. abweichende Anschrift / Tel. / Mobil / E-Mail		
Hauptversicherter & Versicherungsnummer		
Ausbildung/ Beruf		
Sorgerecht		
Gesundheitsfürsorge		
Aufenthaltsbestimmung		

Das Sorgerecht liegt bei einem Vormund: _____

Aktuelle Lebenssituation

Wer lebt mit dem Kind in einem Haushalt? _____

Geschwister - Name	Alter	Auffälligkeiten

Sonstige wichtige Bezugspersonen: _____

Krankheiten/ Einschränkungen in der Familie: _____

Beschreiben Sie stichwortartig die aktuelle Atmosphäre innerhalb Ihrer Familie:
