



Anmeldebogen / Fragebogen für Neupatienten

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die Fragen so genau wie möglich und in Ruhe zu beantworten. Ihre Angaben erleichtern uns und Ihnen selbst die geplante Untersuchung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus und senden Sie den Fragebogen baldmöglichst an uns zurück. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kind/Jugendlicher (m/w/d)

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Mobiltelefon	E- Mail
_____	_____	_____
Krankenkasse	Mitversichert bei	Kinder- oder Hausarzt
_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	Bitte um Zeitangabe, wann erreichbar	

Eltern leben

_____ zusammen _____ getrennt _____ geschieden

Kind lebt bei

_____ Eltern _____ Mutter _____ Vater _____ Weitere

Sorgeberechtigte Mutter

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Mobiltelefon	E- Mail
_____	_____	_____
Schulabschluss/Ausbildung	Ausgeübter Beruf	
_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	Bitte um Zeitangabe, wann erreichbar	

Sorgeberechtigter Vater

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Mobiltelefon	E- Mail
_____	_____	
Schulabschluss/Ausbildung	Ausgeübter Beruf	
_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit		Bitte um Zeitangabe, wann erreichbar

Weitere Bezugspersonen

Kind lebt bei

_____	_____	_____
Stiefmutter/-vater	Adoptivmutter/-vater	Pflegemutter/-vater
_____	_____	
Lebenspartner/in von Mutter/Vater	Andere	

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Mobiltelefon	E- Mail
_____	_____	
Schulabschluss/Ausbildung	Ausgeübter Beruf	
_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit		Bitte um Zeitangabe, wann erreichbar



Geschwister

_____	_____	_____	_____	_____
1. Geschwister	2. Halbgeschwister	3. Stiefgeschwister	Männlich	Weiblich
_____	_____	_____	_____	_____
Vorname	Geburtsdatum		Divers	
_____	_____	_____	_____	_____
Vorname	Geburtsdatum		Divers	
_____	_____	_____	_____	_____
Vorname	Geburtsdatum		Divers	

Weitere Bezugspersonen: (Zutreffendes ankreuzen)

- Stiefmutter/-vater Adoptivmutter/-vater Pflegemutter/-vater
 Lebenspartner/in von Mutter/Vater Andere _____

Name/Vorname: _____

Geb. am: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schulabschluss/Ausbildung: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Kind lebt bei Eltern Mutter Vater Weitere _____

Geschwister:

Name	Geburtsjahr	Männlich Weiblich	Geschwister, Halbgeschwister, Stiefgeschwister

Familie:

Liegen schwere körperliche Erkrankungen in der Familie vor?

Nein Ja Wenn ja, wer/welche? _____

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor?

Nein Ja Wenn ja, wer/welche? _____

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von: _____

Name des Kinderarztes: _____

Name der aktuellen Schule/Kindergarten: _____

Klasse: _____ Name des Klassenlehrers: _____