Kinderarztpraxis
Dr. Amm und Kollegen
Pestalozzistr. 72 - 04178 Leipzig
Tel. 0341 446830
Web: www.dr-amm.de
praxis@dr-amm.de

Liebe kleinen und großen Patienten, sehr geehrte Eltern!

Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis.

Um eine mögliche Aufnahme als Patient unserer Praxis zu prüfen, bitten wir Sie um folgende Angaben.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und korrekt. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an eine Mitarbeiterin an der Anmeldung.

Personalien:

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versichert bei: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse:

Anschrift: _____

Telefon: _____ e-Mail: _____

Mutter: _____
Name/Vorname

_____
erlernter Beruf aktuelle Tätigkeit

Vater: _____
Name/Vorname

_____
erlernter Beruf aktuelle Tätigkeit

Wer hat das Sorgerecht? _____

Der Patient ist das 1. / 2. / 3. ... Kind von: 1 / 2 / 3 / …. Kindern

Geschwister (Vorname und Alter): _____

Vorgeschichte:

☐ Bisheriger Hausarzt?
Name:
Adresse:

☐ Arztwechsel?
Grund ?

☐ Umzug? Von: Wann?

Kinderarztpraxis
Dr. Amm und Kollegen
Pestalozzistr. 72 - 04178 Leipzig
Tel. 0341 446830
Web: www.dr-amm.de
praxis@dr-amm.de

Vorerkrankungen: ☐ keine
☐ ja, welche:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: ☐ nein
☐ ja, welche:

Mitbehandelnde Ärzte: ☐ keine
☐ ja, welche:

Impfstatus: (gemäß STIKO/SIKO): ☐ nein ☐ geplant ☐ vollständig

☐ Migrationshintergrund der Familie/Nationalität: _____

Möchten Sie über fällige Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen informiert werden?
☐ Ja (nur per Mail möglich) ☐ Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Wir werden Sie über einen möglichen Termin informieren.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen sämtliche Mitarbeiter der Praxis.