



Patientenaufnahmebogen

Angaben zum Kind

Vollständiger Name des Kindes:		
Anschrift:		
Telefon:	Mobil:	
Email:	dienstlich:	
Geburtsdatum:	Schule:	Klasse:
Kinderarzt:		
Bildung: <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsausbildung		

Angaben zur Familie

Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden	
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> gemeinsames <input type="checkbox"/> alleiniges <input type="checkbox"/> Mutter sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Vater sorgeberechtigt	
Anzahl der Kinder in der Familie:	Position des o.g. Kindes: (z.B. 2tes von 3)
Vollständiger Name der <u>Mutter</u> : <input type="checkbox"/> leibl. <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Pflegemutter	
Telefonnummer:	
Alter:	Beruf:
Vollständiger Name des <u>Vaters</u> : <input type="checkbox"/> leibl. <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Pflegevater	
Telefonnummer:	
Alter:	Beruf:
Vollständiger Name des <u>neuen Partners</u> :	
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:

Angaben zur Person, über die das Kind versichert ist:

Vollständiger Name:	Geburtsdatum:
Anschrift: (wenn abweichend vom Kind)	
Verwandtschaftsverhältnis zum Kind:	
Krankenkasse:	Versicherungsnr.:

Sonstige Angaben:

<input type="checkbox"/> Medikation, welche _____
<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät _____
<input type="checkbox"/> Allergien, welche _____
<input type="checkbox"/> andere chron. Erkrankungen, welche _____
<input type="checkbox"/> sonstiges _____