



Erstaufnahme von Patienten

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zur kinderärztlichen Betreuung in meiner Praxis anmelden. Zur Vereinfachung des Anmeldeprozesses möchten wir Sie um einige Informationen bitten. Gern können Sie hier auch weitere Hinweise und Wünsche für die Betreuung angeben, die für die Versorgung Ihres Kindes für Sie wichtig sind. Den Bogen können Sie vorab in Ruhe zu Hause ausfüllen und ihn dann in der Praxis abgeben oder zusenden. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir auf Grund von Kapazitätsgründen nicht vorab eine Aufnahme zusagen können. Sie helfen uns aber mit Ihren Angaben, den Prozess so einfach wie möglich zu gestalten. Wir melden uns dann so bald wie möglich, um mit Ihnen das weitere Vorgehen abzusprechen.

Mit herzlichen Grüßen

Ihre Cornelia Reibis

Angaben zu den Eltern

| | |
|---------------------------------------|--|
| Name der Eltern | |
| Anschrift | |
| Telefonisch tagsüber erreichbar unter | |
| E-Mail | |

Angaben zum Kind

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Kind bereits geboren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Name des Kindes (falls bekannt) | | |
| Geburtsdatum oder errechneter Geburtstermin | | |
| Name der Krankenversicherung | | |
| Geschwisterkinder bereits in Praxis betreut | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bemerkungen oder Wünsche zur Betreuung

| |
|--|
| |
|--|

Datum, Unterschrift