



**Fragebogen für die Erstanmeldung
Kinder/ Jugendliche 7 – 17 Jahre**

Patient:

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Versicherung _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
Geschwister _____ Beruf d.Eltern _____
Erziehungsberechtigte/r _____

Mutter

Vater

Name _____ Name _____
Vorname _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____

Behandlungswunsch _____
Hausarzt _____

Hast Du...

Allergien? 0 ja, welche _____ 0 nein
Eine Herzerkrankung? 0 ja, welche _____ 0 nein
Eine Stoffwechselerkrankung? 0 ja, welche _____ 0 nein
Sonstige Erkrankungen? _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

0 ja, welche: _____ 0 nein

Was trinkst Du gerne zum Durst löschen? _____

Was isst Du gerne? _____

Wie hast Du von uns erfahren?

Zeitung 0 Internet 0 Bekannte 0 _____

0 ja **Wünschen Sie eine Erinnerung für die jährliche Routineuntersuchung mittels einer Postkarte?**

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____