

# Patientenanmeldung

Name des Kindes (Vor- & Nachname)

Geburtsdatum  
Adresse

Name der Mutter (Vor- & Nachname)

Geburtsdatum  
Telefon Privat  
Telefon Geschäft  
Mobil

Name des Vaters (Vor- & Nachname)

Geburtsdatum  
Telefon Privat  
Telefon Geschäft  
Mobil

Erziehungsberechtigte/r:     Mutter                       Vater                       Sonstige

Wie ist Ihr Kind versichert?     Privat                       ges.Pflicht                       ges.freiwillig

Name der Krankenkasse / Versicherungsträger:

---

Ich möchte an die nächste Kontrolluntersuchung per SMS erinnert werden:     ja     nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_