



Anmeldung für

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Name der Mutter:	Name des Vaters:
Hauptversicherer:	geb.:
Adresse:	
E-Mail:	Telefonnummer:
Kinderarzt / Hausarzt:	
Grund des Besuches:	

1	Leidet ihr Kind an Allergien? Wenn ja, gegen was?	Ja	Nein
2	Leidet ihr Kind an Herz- und Kreislauferkrankungen? z.B. Bluthochdruck, Herzfehler	Ja	Nein
3	Besteht eine erhöhte Blutungsneigung oder eine Gerinnungsstörung?	Ja	Nein
4	Ist eine Zuckerkrankheit (Diabetes) bekannt? insulinpflichtig:	Ja	Nein
5	Besteht eine Erkrankung der Atemwege? z.B. Asthma, Polypen, Mundatmung?	Ja	Nein
6	Ist Epilepsie bekannt?	Ja	Nein
7	Liegt ein genetischer Defekt vor?	Ja	Nein
8	Sonstige Erkrankungen? Welche:	Ja	Nein
9	Nimmt ihr Kind Medikamente ein? Welche:	Ja	Nein
10	Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung oder trägt es eine Zahnsperre? Kieferorthopäde:	Ja	Nein
Dürfen wir Sie zur Erinnerung an notwendige Vorsorgeuntersuchungen anschreiben?		Ja	Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt	Freunde / Bekannte	Internet	Sonstiges
----------	--------------------	----------	-----------