

Anmeldebogen

Kinder- und Jugendpraxis
Dr. med. Christian Nowakowski
Godesberger Strasse 7
53639 Königswinter

Familienname des Kindes:

Name(n) des Kindes: Geburtsdatum:

PLZ: Ort: Straße: Nr.

Wohnhaft bei: Eltern Mutter Vater Sorgeberechtigter Krankenkasse:

Festnetz: Mobil: eMail:

Name der Mutter:

PLZ: Ort: Straße: Nr.

Name des Vaters:

PLZ: Ort: Straße: Nr.

Besonderheiten bei der Geburt:

Gab es bereits Krankenhausaufenthalte?

Bisherige Eingriffe/Operationen:

Bekannte Unverträglichkeiten/Allergien:

Erkrankungen wie z.B. Bronchitis, Harnwegsinfektionen, Gelenkentzündungen u.ä.:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Sind Erkrankungen in der Familie bekannt, wie z.B. Diabetes, Zöliakie, Allergien u.ä.



Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die Anmeldung des Kindes nach Information und mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt und entbinden unser Praxisteam von seiner Schweigepflicht und erklären sich damit einverstanden, dass wir, falls erforderlich Befunde oder Berichte von anderen Ärzten, Krankenhäusern, Kindergärten, Schulen und Beratungsstellen einholen können.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie für das oben genannte Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen und dass diese einverstanden ist.

Ich möchte das Ärztetelegramm* der Praxis Dr. Nowakowski an meine Mailadresse erhalten.

Name in Blockbuchstaben:

Datum:

Unterschrift:

Bitte denken Sie daran, zu unserem Termin wird benötigt:

- der** Impfpass
- die** Versicherungskarte (bzw. wir sind privat versichert)
- das** Gelbe Heft

* In unserem Ärztetelegramm informieren wir Sie rechtzeitig über unsere Ferienzeiten (incl. der jeweiligen Vertretungen) veränderte Sprechstunden, aber auch bei Grippewellen oder jahreszeitlich bedingten empfohlenen Impfungen/Vorsichtsmaßnahmen.

