



Liebe Familie,

herzlich Willkommen in der Kinder- und Jugendmedizin Michelstadt!

Damit wir unsere Patienten optimal betreuen und behandeln können, ist es notwendig die bisherige Krankengeschichte zu kennen. Daher bitten wir sie **diesen Bogen auszufüllen**. Im Anschluss können sie einfach zu unseren Sprechzeiten (Mo.-Fr. 08:30-12:00 und Mo., Di., Do, 14:30-17:00) zusammen mit **Kopien von Impfausweis und Vorsorgeheft** sowie **möglichen Vorbefunden** in der Praxis vorbeikommen.

Sie erhalten dann direkt ihren Termin für ein erstes Kennenlernen.

| Stammdaten                                                      |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                                                           |                                                                                                     |
| Vorname:                                                        |                                                                                                     |
| Geburtsdatum:                                                   |                                                                                                     |
| Geschlecht:                                                     | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Ges. / Priv. Vers.                                              | <input type="checkbox"/> gesetz. versichert <input type="checkbox"/> privat versichert              |
| Versicherung                                                    |                                                                                                     |
| Elternteil Vorname:                                             |                                                                                                     |
| Elternteil Nachname:                                            |                                                                                                     |
| E-Mail-Adresse:                                                 |                                                                                                     |
| Telefonnummer:                                                  |                                                                                                     |
| Handynummer:                                                    |                                                                                                     |
| Geschwisterkinder (bitte Namen eintragen)                       |                                                                                                     |
| Anamnese Kind                                                   |                                                                                                     |
| Chronische Erkrankungen:                                        |                                                                                                     |
| Chronische Erkrankungen in der Verwandtschaft (Diabetes, etc.): |                                                                                                     |
| Voroperationen:                                                 |                                                                                                     |



|                                               |  |
|-----------------------------------------------|--|
| Bekannte Allergien:                           |  |
| Durchgemachte<br>Kinderkrankheiten:           |  |
| Dauermedikamente:                             |  |
| Stationäre Aufenthalte:                       |  |
| Ist ihr Kind alters-<br>entsprechend geimpft? |  |

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der angegebenen

☐ E-Mail-Adresse

☐ Handynummer

an die vereinbarten Termine erinnern kann.

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich jederzeit von mir widerrufen werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift