

Anamnesebogen für Kinder

Kind:
Name Vorname geb. am

Mutter:
Name Vorname geb. am

Vater:
Name Vorname geb. am

Beruf der Eltern:
Mutter Vater

Anschrift:
Straße/Hausnummer Postleitzahl/Ort

Telefon: Email:

Wohnanschrift des Versicherten (Vater/Mutter):

.....
Straße/Hausnummer Postleitzahl/Ort

Das Kind ist mitversichert bei:

Krankenkasse:
 privat pflichtversichert freiwillig versichert

Wir möchten Sie bitten Termine, welche von Ihnen nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir uns gezwungen sehen, Ihnen diese privat in Rechnung zu stellen.

Sollten nach vorheriger Vereinbarung mit Ihnen Mehrkosten für die Behandlung auftreten, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer des Kindes - falls er nicht der Rechnungsempfänger ist - diese unaufgefordert an den Rechnungsempfänger weiterzuleiten.

Unterschrift:
Erziehungsberechtigter 1 Erziehungsberechtigter 2

Ort: Datum:

Anamnese

Hat das Kind Geschwister?
ja/nein wieviele älter/jünger
betreuender Kinderarzt:

Ist Ihr Kind geimpft?

Geht Ihr Kind in die Kinderkrippe/Kindergarten/Schule?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Was mag es gern?

