

Patientenbogen

Angaben zum/r Patienten/in:

Name, Vorname

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Versichert über Vater/Mutter

Zurzeit in Kindergarten/Schule/Ausbildungsstelle

Kinderarzt/Hausarzt

Patient/in lebt bei: beiden Eltern leibl. Mutter leibl. Vater
 Ersatzmutter Ersatzvater
 Sonstige: _____

Sorgerecht liegt bei: beiden Eltern leibl. Mutter leibl. Vater
 Sonstige: _____

Datum:

Geburtsdatum

Telefon/Handy

Krankenkasse

Schulklasse

Angaben zu den Eltern:

Name der Mutter/Ersatzmutter

Adresse falls abweichend

Erlerner Beruf

Name des Vaters/Ersatzvaters

Adresse falls abweichend

Erlerner Beruf

Geburtsdatum

Telefon/Handy

aktuell berufstätig als

Geburtsdatum

Telefon/Handy

aktuell berufstätig als



Angaben zu Geschwistern:

Name:

Geburtsdatum:

Schulbindung:

Angefüllt von:

Mutter

Vater

Sonstige Erziehungsberechtigte: _____

