

## Für unsere neuen Patienten

Familienname( Surname): \_\_\_\_\_

Vorname (First Name): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (Birthday): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Name der Versicherung (Health insurance): \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Adresse, falls von o.g. Adresse abweicht: \_\_\_\_\_

Frühgeburt/Krankenhausaufenthalte/Operationen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

regelmäßige Medikamenteneinnahme: \_\_\_\_\_

chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Ich wurde auf Ihre Praxis aufmerksam über: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die behandelnden Ärztinnen Dr. med. Beate Kusser, Dr. med. Sonja Behrendt und Dr. med. Christina von Bredow Einsicht in die vollständige Patientenakte meines Kindes nehmen können. Die Dokumentation kann gemeinsam in der Patientenakte erfolgen.

Ich möchte gerne per e-mail an Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden.

München, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_