



Patientenfragebogen (Schnellübersicht)

Wir bitten Sie uns folgende Informationen nachfolgend zur Verfügung zu stellen:

Patient:in		
Nach-, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Handynummer und ggf. E-Mail-Adresse		
Krankenversichert über	<input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 (siehe unten)	
Kinder- bzw. Hausarzt		
Mitbehandelnde (Sozialpädiatrisches Zentrum, Psychiater:in, Ergotherapie etc.)		
Eltern	Elternteil 1 <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt	Elternteil 2 <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt
Nach-, Vorname		
ggf. abweichende Adresse		
Handy- und Telefonnummer		
E-Mail-Adresse		
ggf. Name und Kontaktdaten des Vormunds		