



Anmeldebogen

Angaben zur medizinischen Vorgeschichte Ihres Kindes

**Kontaktinformation**

<b>Name und Vorname:</b> (PFLICHTFELD)	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum:</b> (PFLICHTFELD)	<input type="text"/>
<b>Adresse:</b> (PFLICHTFELD)	<input type="text"/>
<b>Telefon Festnetz:</b> (PFLICHTFELD)	<input type="text"/>
<b>Mobiltelefon:</b>	<input type="text"/>
<b>E-Mail</b> (PFLICHTFELD) - (MAX.MUSTER@DOMAIN.COM)	<input type="text"/>
<b>Krankenkasse:</b> (PFLICHTFELD)	<input type="text"/>
<b>Hauptversicherter:</b> (PFLICHTFELD)	<input type="text"/>

**Patienten-Information**

<b>Geburtskomplikationen/Frühgeburtlichkeit:</b>	<input type="text"/>
<b>Krankenhausaufenthalte:</b>	<input type="text"/>
<b>Operationen:</b>	<input type="text"/>
<b>Allergien:</b>	<input type="text"/>
<b>Bisherige Erkrankungen (z.B. Bronchitis, Harnwegsinfektionen oder Gelenkentzündungen):</b>	<input type="text"/>
<b>Regelmäßige Medikamenteneinnahme:</b>	<input type="text"/>
<b>Erkrankungen in der Familie (z.B. Diabetes, Zöliakie, Allergien, Schilddrüsenerkrankungen):</b>	<input type="text"/>