

Personenbezogene Daten

| | | |
|---|--|--|
| Datum: | | |
| Name des Kindes: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Anschrift: | | |
| Erziehungsberechtigte:r: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Anschrift: | | |
| Beruf: | | |
| Sorgeberechtigt (ja/nein) | | |
| Erziehungsberechtigte:r: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Anschrift: | | |
| Beruf: | | |
| Sorgeberechtigt (ja/nein) | | |
| Ansprechpersonen mit deren Telefonnummern und ggfs. Email-Adressen (z. B. Mutter, Vater, Großeltern, Jugendliche...) (bitte mind. 2) | | |
| Kinderärzt:in | | |
| Überweiser:in | | |
| Anmeldung durch: | | |
| auf Empfehlung von: | | |
| Kinder der Familie: (mit Halbgeschwistern) | | Name und Geburtsdatum: (mütterlicher- oder väterlicherseits?) |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Die Patient:inneninformation zum Datenschutz habe ich gelesen.

Lübeck, _____

(Datum)

(Name Erziehungsberechtigte:r,

(Unterschrift Erziehungsber.)

bitte in Druckbuchstaben)