



## Aufnahmebogen - Arztwechsel

**Liebe Eltern**, da Sie den Wunsch geäußert haben mit Ihrem Kind in unsere kinder- und jugendärztliche Versorgung wechseln zu wollen, möchten wir gerne vorab einige Informationen von Ihnen erbeten:

### Kind

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....

Adresse: .....

Krankenkasse des Kindes .....

Geschwister: .....

### Angaben zur Mutter

Name: ..... Vorname: ..... Beruf: .....

### Angaben zum Vater

Name: ..... Vorname: ..... Beruf: .....

### Kontaktdaten der Eltern

Tel.: ..... Dienstlich: ..... Handy: .....

E-Mail: .....

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

.....

### Wieso möchten Sie Ihr Kind in unserer Praxis betreuen lassen:

.....

.....

**Bisheriger Kinder-/ Hausarzt:** .....

### Unser Kind ist / soll:

- nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (*übliche Impfungen*) geimpft / werden.
- nach individuellem Impfschema geimpft / werden.
- nicht geimpft / werden.



**Dr. med. Sebastian Bartels**  
**Dr. med. Nicole Toussaint-Götz**

Fachärzte für Kinder- & Jugendmedizin

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin | Koblenzer Str. 9a | 56410 Montabaur



**Gibt es bekannte chronische Erkrankungen des Kindes (z.B. Herz/ Lunge/ anderes):**

.....  
.....

**Gibt es chronische Erkrankungen in der Familie:**

.....  
.....

Wir werden ihre Anfrage innerhalb der nächsten drei Tage beantworten. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet. Sollte eine Aufnahme/ Übernahme Ihres Kindes nicht möglich sein, werden die Daten unverzüglich gelöscht. Sie erlauben uns mit der Beantwortung dieser Mail die Antwort ebenfalls unverschlüsselt als Mail zurückzusenden oder telefonischen Kontakt aufzunehmen.

