

# **STAMMBLATT**

## **Kind**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Mutter**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Privat: \_\_\_\_\_ Dienst: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigt Ja  Nein

## **Vater**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Privat: \_\_\_\_\_ Dienst: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigt Ja  Nein

## **Erkrankungen**

Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen? > Ja  Nein<  
Wenn ja welche?

\_\_\_\_\_  
Liegen Allergien vor? > Ja  Nein< Wenn ja welche?

\_\_\_\_\_  
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? > Ja  Nein<

**Wenn Ja:** Vereinbaren Sie bitte einen Termin mit uns!

## **Wie ist Ihr Kind krankenversichert?**

Kasse : \_\_\_\_\_ Vers. Nummer: \_\_\_\_\_

Hauptversicherte(r): \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinderarzt : \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

