

Anmeldebogen

Kind

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Kindergarten/

Schule (Klasse): _____

Telefon/Mobil: _____ Email: _____

Geschwisterzahl: _____ Position (z. B. Älteste, Jüngste): _____

Kinderarzt: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Eltern

Mutter: Hauptversicherte

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Telefon/Mobil: _____

Vater: Hauptversicherter

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Telefon/Mobil: _____

Wer verfügt über das Sorgerecht? _____

Durch wen sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? _____

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der von mir/uns gemachten Angaben.

Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen