



Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendheilkunde  
Fr. A. Kutzner und Fr. Dr. med. M. Rogoß  
Baumstraße 1  
55543 Bad Kreuznach  
kinderärztin-kreuznach@t-online.de

Tel: 0671/32988 Fax: 0671/9799607

**Liebe kleinen und großen Patienten, sehr geehrte Eltern!**

**Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis.**

Zur Anlage der persönlichen Behandlungskartei Ihres Kindes und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

**Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und korrekt.**

**Angaben zum Kind**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ m \_\_\_ w \_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

**Das Kind lebt bei:** Beiden Eltern \_\_\_ oder bei: \_\_\_\_\_

**Gesetzlicher Vertreter:** Beide Eltern \_\_\_ oder: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ über wen versichert: \_\_\_\_\_

**Telefon** Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Familie**

**Mutter** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Anschrift (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_

Berufstätig: ja \_\_\_ nein \_\_\_ Wenn ja, als \_\_\_\_\_

**Wichtige Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Vater** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Anschrift (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_

Berufstätig: ja \_\_\_ nein \_\_\_ Wenn ja, als \_\_\_\_\_

**Wichtige Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Bitte auch die Rückseite ausfüllen !**



Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendheilkunde  
Fr. A. Kutzner und Fr. Dr. med. M. Rogoß  
Baumstraße 1  
55543 Bad Kreuznach  
kinderaerztin-kreuznach@t-online.de

Tel: 0671/32988 Fax: 0671/9799607

Ist ihre Wohnung rauchfrei: \_\_\_\_\_

**Die Eltern sind:**

verheiratet \_\_\_ zusammen lebend \_\_\_ verwitwet \_\_\_

Falls getrennt lebend \_\_\_ geschieden \_\_\_ bei wem liegt das **Sorgerecht**: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Geschwistern**

Name und Vorname

Geboren am

wichtige Erkrankungen

---

---

---

---

---

Nur für kassenversicherte Patienten:

Ich bin, bzw. mein Kind ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und ich **verpflichte mich, für die in Anspruch genommene ärztliche Behandlung die elektronische Krankenversichertenkarte bei erster Inanspruchnahme im Quartal vorzulegen. Sollte ich sie vergessen verpflichte ich mich, die Karte innerhalb der nächsten 10 Tage nachzureichen.**

**Mir ist bekannt, dass andernfalls eine Privatabrechnung aller Leistungen in dem betreffenden Quartal erfolgen wird.**

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die o.g. Praxis bei meiner Krankenkasse bei Bedarf eine Mitgliedsbescheinigung anfordern darf.

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) \_\_\_\_\_