

Patientenbogen

Patientenname: _____

Geburtsdatum und Geburtsort: _____

Krankenkasse: _____

Name/ Vorname des hauptversicherten Elternteils:

geboren am: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Strasse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Name/ Vorname des anderen Elternteils:

geboren am: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Strasse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Sorgerecht:

Mutter Vater beide Elternteile Eltern getrennt lebend/geschieden

Vormund (wenn ja, bitte nähere
Angaben: Name/ Telefonnummer): _____

Wer ist der behandelnde Kinder-/ Hausarzt:
