

**Informationen zu vorgestellter Person (Kind/Jugendlicher)**

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ .20\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Eltern/ sorgeberechtigter Person:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

• **sonst in folgender Kinderarztpraxis : (Name)**

• **altersgerecht nach STIKO geimpft ? Ja / Nein**

Grunderkrankung?: (z.B. Asthma, Allergien, Gerinnungsstörung, ) \_\_\_\_\_

Dauermedikation?: \_\_\_\_\_

aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie?: \_\_\_\_\_