

Personenbezogene Daten

Datum:	
Name des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Straße / PLZ Wohnort:	
Telefonnummer (ab 14 J.)	
Erziehungsberechtigte:r:	
Geburtsdatum:	
Straße / PLZ Wohnort:	
Beruf:	
Sorgeberechtigt (ja/nein)	
Telefon (Mobil / Festnetz):	
E-Mail:	
Erziehungsberechtigte:r:	
Geburtsdatum:	
Straße / PLZ Wohnort:	
Beruf:	
Sorgeberechtigt (ja/nein)	
Telefon (Mobil / Festnetz):	
E-Mail:	
Weitere Ansprechpersonen mit Kontaktmöglichkeit	
Kinderärzt:in	
Überweiser:in	
Anmeldung durch:	
auf Empfehlung von:	
Kinder der Familie: (mit Halbgeschwistern)	Name und Geburtsdatum: (mütterlicher- oder väterlicherseits?)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Die Patient:inneninformation zum Datenschutz habe ich gelesen.

Lübeck, _____

Datum

Name, Vorname
Erziehungsberechtigte:r,
(bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift
Erziehungsberechtigte:r