



DR. MED. MAIKE BRANDT
KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Hiermit möchte ich mein Kind

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: (Tag / Monat / Jahr) _____ / _____ / _____

Adresse: Str.: _____ Nr.: _____

PLZ _____ Stadt _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

auf die Warteliste zur Aufnahme als Neupatient in der Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. Maike Brandt aufnehmen lassen.

Bitte füllen Sie auch den unteren Teil dieses Bogens aus und unterschreiben die Erklärung.

Medizinische Vorgeschichte des Kindes:

chronische Erkrankung (z.B. Diabetes, Asthma, Allergien, Epilepsie...)

☐ nein

☐ ja: _____

Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. Sprache, Motorik, Hörfähigkeit, Autismus...)

☐ nein

☐ ja: _____

Dauermedikamente

☐ nein

☐ ja: _____

Therapien (z.B. Logo, Krankengymnastik, Ergo, Frühförderung...)

☐ nein

☐ ja: _____

Mein Kind benötigt aktuell folgende Vorsorge: ☐ keine ☐ _____

Mein Kind benötigt Impfungen: ☐ nein

☐ ja (falls möglich bitte angeben, welche Impfung erfolgen soll) _____

Grund für die Aufnahme (bitte ankreuzen):

☐ Neugeborenes

☐ zugezogen nach Porta Westfalica (Monat/Jahr): _____ / _____

☐ Arztwechsel

☐ Sonstiges: _____

Ort des bisherigen Kinderarztes: _____

Bitte nehmen Sie zu Kenntnis, dass das Ausfüllen dieses Datenerhebungsbogens keine Garantie für eine Aufnahme in unserer Praxis ist. Wir bearbeiten alle Anfragen schnellstmöglich und werden Termine nach Dringlichkeit und Kapazitätsmöglichkeiten anbieten. Ihre Daten werden gemäß DSGVO verarbeitet.

Name des Elternteiles _____

Datum / Unterschrift _____ / _____