

Patientendaten (alle Angaben werden vertraulich behandelt, unterliegen der Schweigepflicht)

	Patient/in	Mutter	Vater
Name:			
Geburtsdatum:			
Adresse:			
Festnetz:			
Mobil:			
E-Mail:			

Krankenkasse: Adresse:	
Hauptversicherte/r: Versichertennummer:	
Patient/in Versichertennummer:	
Hausarzt:	
Schule, Hochschule, Ausbildungsstätte, Berufstätigkeit	
Andere Personen/ Institutionen (z.B. Familienhilfe): (falls vorhanden)	

Ort, Datum Unterschrift (Patient/ in bzw. Sorgeberechtigte/r)