



Stammdaten

Patient/in:

Vorname(n): _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

lebt bei: beiden Eltern Mutter Vater _____

Telefon: Festnetz: _____ mobil: _____

eMail-Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Name der Kasse: _____

Anschrift: _____

HauptversichteR: _____

Kinder-/Hausarzt/-ärztin: _____

Adresse: _____

Fax-Nummer: _____

Sorgerecht: beide Eltern nur Mutter nur Vater _____

Jugendamt (sofern Kontakt besteht): _____

ggf. FallverantwortlicheR: _____



leibliche Eltern:

Mutter:

Vorname: _____ Name: _____

Anschrift (falls abweichend von oben): _____

Telefon: Festnetz: _____ mobil: _____

eMail-Adresse: _____

Vater:

Vorname: _____ Name: _____

Anschrift (falls abweichend von oben): _____

Telefon: Festnetz: _____ mobil: _____

eMail-Adresse: _____

sorgeberechtigte Person/en (falls abweichend von oben):

1.) Vorname: _____ Name: _____

Anschrift (falls abweichend von oben): _____

Telefon: Festnetz: _____ mobil: _____

eMail-Adresse: _____

2. Vorname: _____ Name: _____

Anschrift (falls abweichend von oben): _____

Telefon: Festnetz: _____ mobil: _____

eMail-Adresse: _____