



Anamnesebogen Kinderarztpraxis

Dr. med. Michael Rohlfing
Facharzt für Kinder und Jugendmedizin
Manuelle Medizin / Chirotherapie
Schwerpunkt Kopfschmerzen

Patienteninformationen

Vorname _____
Nachname _____
Geburtsdatum _____
Krankenkasse _____
Adresse _____
Ort/Bundesland/Postleitzahl _____
Telefon mobil _____ Telefon privat _____
E-Mail _____
Geschwister _____

Elterninformationen 1

Vorname _____
Nachname _____
Telefon mobil _____ Telefon privat _____
E-Mail _____
Beruf _____

Elterninformationen 2

Vorname _____
Nachname _____
Telefon mobil _____ Telefon privat _____
E-Mail _____
Beruf _____

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater Sonstige: _____
Auskunftsrecht: gemeinsam Mutter Vater Sonstige: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte*r 1

Unterschrift Sorgeberechtigte*r 2

Wir bitten Sie um eine schriftliche Terminabsage per E-Mail an info@kinderarzt-zwenkau.de mindestens 24 Stunden vor Ihrem Termin. Wir können die Termine kurzfristig an keinen anderen Patienten vergeben und stellen Ihnen den Ausfall der ärztlichen Leistung in Rechnung.

Vielen Dank Ihr Praxisteam