

Aufnahmebogen

1. Angaben über das Kind

Name _____ Vorname _____

geb. am _____ in _____

Staatsangehörigkeit* _____ Geschlecht _____

Wohnort und Straße _____

Hausarzt des Kindes und Krankenkasse

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____ / _____

Krankenkasse* _____

Name, unter dem das Kind mitversichert ist

2. Angaben über die Personensorgeberechtigten

Name der Mutter _____

Telefon _____ / _____

Beruf* _____ Staatsangehörigkeit* _____

Wohnort und Straße _____

Arbeitsstätte* _____

Name des Vaters _____

Telefon _____ / _____

Beruf* _____ Staatsangehörigkeit* _____

Wohnort und Straße _____

Arbeitsstätte* _____

* Die Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Name _____ Telefon _____ / _____

Sonstige Angaben _____

3. Geschwister

Anzahl der zur Familie gehörenden Kinder unter 18 Jahren _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

4. Krankheiten

Organische
Krankheiten/Auffälligkeiten _____

Allergien _____

5. Impfungen (bitte mit Datum)*

Tetanus 1. am _____ 2. am _____ 3. am _____ 4. am _____

Sonstige Impfungen _____

Diphtherie _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Personenberechtigte

* Die Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig