

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen in unserem MVZ. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Patient (Kind)

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Größe _____ Gewicht _____

Anschrift

Straße Hausnummer _____ Postleitzahl Wohnort _____

Tel. (Privat) _____ E-Mail _____

Tel. (Mobil) _____

Hausarzt / Kinderarzt _____

Sport ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Orthopädische Operationen ja / nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl): _____

Beginn der Periode ja / nein, falls ja seit _____

Allergien / Unverträglichkeiten ja / nein Wenn ja, welche: _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Krebserkrankungen Rheuma Erberkrankungen Skoliosen Hüftdysplasien

Nimmt Ihr Kind gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar): _____

Schuheinlagen vorhanden ja / nein Geburt aus der Beckenendlage ja / nein

Möchten Sie über Kontrolltermine, anstehende Untersuchungen und Therapien informiert werden?

ja / nein

Königsbrunn, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient