

Anfrage Neuaufnahme

Sehr geehrte Eltern,
um die Neuaufnahme in unserer Praxis zu erleichtern, bitten wir Sie dieses Formular
vollständig auszufüllen.

Ihr Name _____

Ihre Emailadresse _____

Straße _____

PLZ/Stadt _____

Telefonnummer _____

Handynummer _____

Name des Kindes _____

Geburtsdatum des Kindes
(Entbindungstermin) _____

Bisheriger Kinderarzt _____

Grund der Aufnahme/Wechsel _____

Krankenkasse des Kindes _____

Werden Sie Ihr Kind nach STIKO-
Empfehlungen impfen lassen? _____

Über die Vergabe entscheiden die Praxisinhaber in regelmäßigen Abständen. Sollten Sie
innerhalb der nächsten 7 Tage keine Rückmeldung erhalten so sind unsere Kapazitäten
leider ausgeschöpft.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam
Taraneh Ghassemi-Keller

