



Anmeldebogen

Name des Kindes

Name

Vorname

Geb.Datum

Name der Mutter

Name der Mutter

Vorname der Mutter

Name des Vaters

Name des Vaters

Vorname des Vaters

Anschrift

Straße

Wohnort

Telefon/mobil

Mutter

Vater

E-mail

Mutter

Vater

Wie sind Sie am besten erreichbar

Grund der Vorstellung

Falls Sie neu zugezogen sind:
Wer war der vorbehandelnde Kinderarzt?

Hat Ihr Kind Geschwister? Falls ja, sind diese
auch bei uns in der Praxis angebunden?

Wer hat das Sorgerecht für Ihr Kind?

Gibt es einen gesetzlichen Vormund?
Wenn ja, wer?

Name und Kontaktdaten

Hiermit willige ich ein, dass mich die Kinderarztpraxis Dres. Landmann/Mazhari mittels E-mail zum Zwecke der Terminbestätigung sowie zur Erinnerung an Untersuchungstermine kontaktieren darf. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Wir setzen Sie davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Linden, Datum

Unterschrift / Sorgeberechtigtes Elternteil