

# Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

## Stefan Gibhardt

Facharzt für Innere Medizin  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Notfallmedizin

Sensensteinstraße 2 | 34260 Kaufungen | ☎ 05605 4855 | Fax: 05605 70114 | email: [info@hausarzt-kaufungen.de](mailto:info@hausarzt-kaufungen.de)

## Thorsten Schnorr

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Manuelle Medizin/Chirotherapie  
Notfallmedizin

**Liebe Eltern,**

**Sie möchten, das Ihr Kind von uns medizinisch betreut werden. Wir freuen uns darüber und danken Ihnen für Ihr Vertrauen. Um Ihnen optimal weiterhelfen zu können, bitten wir Sie um nachfolgende Angaben:**

Name:..... Vorname:.....

Geb.-Datum:.....

Postleitzahl/Wohnort:.....

Straße.....

Telefonisch

erreichbar : .....

.....

Im Notfall benachrichtigen:

(Angehörige, Tel.Nr.).....

### **Voranamnese des Kindes**

Hat Ihr Kind bereits eine andere Kinderarztpraxis besucht

Ja Nein bitte ausfüllen und Grund des Wechsels angeben

.....

Handelt es sich um Ihr erstes Kind?

(bitte Anzahl weiterer Kinder angeben)

-----

Wurde Ihr Kind bereits im Krankenhaus behandelt oder operiert ?

-----

Bestehen Allergien und evtl. Unverträglichkeiten auf Lebensmittel, Medikamente ..etc.

Schlaganfall

.....

Bestehen chronische Erkrankungen oder Beschwerden ? Welche?

-----

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ?

-----

Gibt es Impflücken ( gemäß STIKO Richtlinien?

.....

## Adressangaben / Eltern

Mutter:

Vor und Nachname.....Geburtsdatum: .....

email Adresse.....

Telefonnummer .....

Beruflich tätig? Als was ? .....

Vater:

Vor und Nachname.....Geburtsdatum:.....

email Adresse.....

Telefonnummer .....

Beruflich tätig? Als was ? .....

Gibt es Erkrankungen oder chronische Beschwerden in der Familie?  
wenn ja welche?.....

Möchten Sie, dass wir für Sie Vorbefunde anfordern?

Falls ja bei wem?.....

.....

.....

Unterschrift .....

Datum:.....

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen und den Impfpass Ihres Kindes, sowie evtl. vorliegende wichtige Vorbefunde vor Ihren Sprechstundentermin an unserer Anmeldung ab. Sollte sich Ihre Telefonnummer / Erreichbarkeit ändern teilen Sie uns dieses bitte mit.

Ihre Angaben werden ausschließlich für unsere Praxiskartei genutzt und keinen Dritten zur Verfügung gestellt.

Vielen Dank

Ihr Praxisteam

---

Raum für Ihre individuellen Informationen / Mitteilungen: