



KINDERZENTRUM PELZERHAKEN

von Möglichkeiten zu Fähigkeiten!

SOZIALPÄDIATRISCHE FACHKLINIK • SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM gGmbH • FORTBILDUNGSINSTITUT

Anmeldung für die Ambulanz im Kinderzentrum Pelzerhaken – Sozialpädiatrisches Zentrum

Name des Kindes:	Vorname:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Straße:	PLZ/Ort:
Wer hat das Sorgerecht?	
Telefon:	Mobiltelefon:
E-mail:	

Geschwister des Kindes:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

Wer hat die Vorstellung im Kinderzentrum veranlasst?

Wer betreut Ihr Kind kinderärztlich bzw. hausärztlich?

Bitte besprechen Sie die Anmeldung mit dem Arzt Ihres Kindes und lassen Sie an dieser Stelle den Stempel der Praxis einsetzen.

Liebe Kollegin, lieber Kollege.

Bitte teilen Sie uns an dieser Stelle Ihre Wünsche/Erwartungen für die Vorstellungen des oben genannten Kindes im Kinderzentrum mit.

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung im KINDERZENTRUM PELZERHAKEN einverstanden..

Ort, Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

