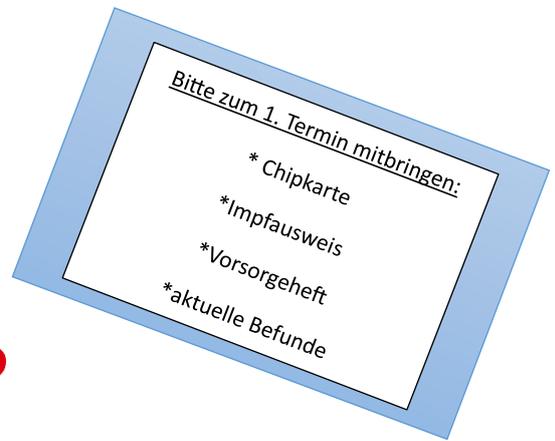
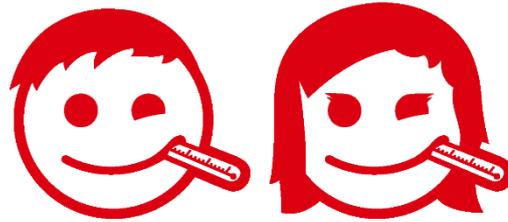


**Kinderarztpraxis**  
**Romy Berg**  
**Merseburgerstr. 52**  
**06110 Halle**  
Tel. 0345-1204444  
Mail: rezeption@kinderarztpraxis-halle.de



## *Erhebungsbogen für neue Patienten*

Name, Vorname: .....geb. am: .....

Adresse: .....

### **Freiwillige Kontaktdaten:**

E-Mail Adresse ..... Tel.Nr. ....

Bisheriger Kinderarzt: ..... Krankenkasse .....

### **Vorerkrankungen/ chronische Erkrankungen**

**Wurde bei Ihrem Kind eine chronische Erkrankung bzw. eine Allergie diagnostiziert?**

**Wenn ja, welche?**

.....

### **Dauermedikation**

.....

### **Operationen**

.....

### **Krankenhausaufenthalte**

.....

### **Sonstige Mitteilungen an die Kinderärztin**

.....