

## Allgemeine Infos

Name Kind/ Jugendliche\*r \_\_\_\_\_

Name Mutter: \_\_\_\_\_

Name Vater: \_\_\_\_\_

### Sorgeberechtigte:

- beide Elternteile bzw. verheiratet
- ein Elternteil (da Eltern geschieden bzw. getrennt lebend sind; ein Elternteil verstorben ist)  
nämlich: \_\_\_\_\_
- andere nämlich: \_\_\_\_\_

### Adresse Patient:

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

### Wenn abweichend Adresse Sorgeberechtigte:

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

### Telefonnummer:

### Versicherung:

Krankenkasse:  gesetzlich  privat

Familienversichert mit Mutter

Familienversichert mit Vater

Familienversichert mit Anderen:

Hauptversicherte\*r