

# Anmeldung und Fragebogen zu Kindern

Name Kind \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_ weibl.  männl.

Eltern / gesetzl. Betreuer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Festnetz/Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Kinderarzt / Hausarzt \_\_\_\_\_

Geschwister \_\_\_\_\_

**Kurze Beschreibung der Problemstellung Ihres Kindes:**

**Was für die Behandlung bezüglich des Kindes wichtig sein könnte:**

Ich habe den Behandlungsvertrag, die Aufklärung und die Datenschutzbestimmungen vor dem Behandlungsbeginn gelesen und wünsche ausdrücklich die osteopathische Behandlung meines/unseres oben genannten Kindes.

Datum / Name / Unterschrift der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_