

ERHEBUNGSBLATT MUTTER-KIND-PASS

Nachname:

Vorname:

Straße:

PLZ: Ort:

Nationalität:

Geb. am:

Telefon: Privat / Mobil:

E-Mail:

Pflichtversicherung:

Versicherungsnummer:

Mitversichert bei:

Geb. am: Vers.-Nr:

Verwandtschaftsgrad:

Zusatzversicherung:

(Privatversicherung) ambulant stationär

- **Augenkrankheiten der Eltern und Geschwister (z.B. Kurzsichtigkeit):**

.....

- **Bekannte Krankheiten:**

- **Wurde Ihr Kind zu früh geboren (Frühgeburt)** - wenn ja - in der wievielten Schwangerschaftswoche?..... War eine zusätzliche Beatmung nötig?

- **Sind Allergien bekannt?** - wenn ja - wogegen?