

Kinderarztpraxis Lichtenrade  
Dr. med. Carolin Portack  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Lichtenrader Damm 49, 12305 Berlin

Tel.: (030) 741 87 44  
Fax: (030) 742 03 211

## Neupatient Anmeldung

Kind Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Geschlecht: ml. \_\_\_\_ wbl. \_\_\_\_

Elternteil 1 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Elternteil 2 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter:  Elternteil 1 Versicherung: \_\_\_\_\_

Elternteil 2 Versicherung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Tel. Elternteil 1: \_\_\_\_\_

Tel. Elternteil 2: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail 1: \_\_\_\_\_

E-Mail 2: \_\_\_\_\_

gemeinsames Sorgerecht

alleiniges Sorgerecht hat \_\_\_\_\_

(In diesem Fall legen Sie bitte einen Gerichtsbeschluss vor)

---

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter