

## Persönliche Angaben

<b>Erstvorstellungstermin</b>	
<b>Name des Kindes</b>	
<b>Geboren</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefon</b>	

<b>Schule/Kindergarten</b>	
<b>Klasse</b>	
<b>Tel.-Nr.</b>	

### Angaben des Vaters:

Name, Vorname			
Geboren			
Sorgeberechtigt	ja	nein	
Familienstand	Ledig	Verheiratet seit	Geschieden seit

Erlerner Beruf	
Aktuelle Tätigkeit	

### Angaben der Mutter:

Name, Vorname			
Geboren			
Sorgeberechtigt	ja	nein	
Familienstand	Ledig	Verheiratet seit	Geschieden seit

Erlerner Beruf	
Aktuelle Tätigkeit	

Stiefelternteil: Name	
Beruf	
Stiefelternteil: Name	
Beruf	

**Angaben zu den Geschwistern:**

Name, Vorname, geboren	
Kindergarten, Schule, Klasse, Beruf	

Name, Vorname, geboren	
Kindergarten, Schule, Klasse, Beruf	

Name, Vorname, geboren	
Kindergarten, Schule, Klasse, Beruf	

Name, Vorname, geboren	
Kindergarten, Schule, Klasse, Beruf	

Hausarzt, Name und Tel.-Nr.	
-----------------------------	--

**Bitte senden Sie dieses Formular zusammen mit dem Unterschriftenblatt spätestens 14 Tage nach Erhalt an uns zurück.**

**Vielen Dank**

**Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung folgende Unterlagen mit:**

- **Zeugnisse ab der 1. Klasse**
- **das gelbe Untersuchungsheft**
- **die Versichertenkarte**
- **sowie ein aktuelles Bild für die Patientenakte**