Kinderarztpraxis Zafer Refai
Senftenberger Ring 3a
13439 Berlin
Email: info@kinderpraxis.net

Kinderpraxis Refai

Anmeldungsformular Ihres Babys

Bitte mit einem Nachweis der Krankenversicherung (des Babys oder der Eltern) an uns per Email zuschicken

Vorname: Familienname:

Geburtsdatum: Geschlecht

Adresse:

Handy-Nummer:

Mail-Adresse:

Mit welchem Elternteil ist das Baby krankenversichert:

Krankenkasse :

Was ist die **Versichertennummer des Babys** (falls bekannt):

oder,

die **Versichertennummer des Elternteils**, mit dem das Baby mitversichert ist:

Geburtsangaben: (Diese Info finden Sie im gelben Vorsorgebuch)

Geburtsklinik oder Geburtshaus:

Geburtszeit: Uhr

Art der Geburt ? bitte auswählen

Schwangerschaftswoche (SSW) bei der Geburt:

Geburtsgewicht Kg- Geburtsgröße: cm - Kopfumfang: cm

Wurde ein Hörtest durchgeführt ? Ja und war in Ordnung

Wurde der Neugeborenen-Screening Bluttest durchgeführt

Wurde eine U2 Untersuchung durchgeführt ? Ja wann ?

Hat das Baby angeborene Fehlbildungen oder Krankheiten ? bitte auswählen

Vitamin K bitte auswählen