



## Wechselanfrage

Sehr geehrte Eltern,

Sie würden gerne in unsere Kinderarztpraxis wechseln. Hierfür benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit.

### Aktuelle Kinderarztpraxis

Name der Kinderarztpraxis

---

Ort

---

### Angaben zum Wechselgrund

Wechselgrund

---

---

### Angaben zur Familie

Nachname der Familie

---

Gesamtanzahl der Kinder

---

Strasse/ Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Name der Krankenversicherung

---



**Angaben Kind 1**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Letzte U-Untersuchung am \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

Operationen \_\_\_\_\_

Nächste fällige Vorsorge am \_\_\_\_\_

Nächste fällige Impfung am \_\_\_\_\_

Sonstige fällige Termine wegen \_\_\_\_\_

**Angaben Kind 2**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Letzte U-Untersuchung am \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

Operationen \_\_\_\_\_

Nächste fällige Vorsorge am \_\_\_\_\_

Nächste fällige Impfung am \_\_\_\_\_

Sonstige fällige Termine wegen \_\_\_\_\_



**Angaben Kind 3**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Letzte U-Untersuchung am \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

Operationen \_\_\_\_\_

Nächste fällige Vorsorge am \_\_\_\_\_

Nächste fällige Impfung am \_\_\_\_\_

Sonstige fällige Termine wegen \_\_\_\_\_

**Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Angaben.  
Wir werden Ihre Anfrage prüfen und Ihnen schnellst möglichst eine Rückmeldung geben, ob wir Ihr/e Kind/Kinder bei uns aufnehmen können.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr NeuDocs Team