



**Anmeldung zum Adipositasbildungsprogramm im
Kinderkrankenhaus auf der Bult**

An: Prof. Dr. Thomas Danne / Dr. Wolfgang von Schütz

Fax: 0511-8115-3334

Von (Arztstempel):

Folgendes Kind/Jugendlichen im Alter von 8 bis 16 Jahren möchte ich anmelden:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Versicherungs-Nr. (des Kindes):

Länge:

Gewicht:

BMI (kg/m²):

Gegebenenfalls andere Erkrankungen:

Hauptversicherter (gegebenenfalls Anschrift):

Versicherungs-Nr.

Kostenträger:

Gegebenenfalls Ansprechpartner:

Die Eltern sind bereit, die Kosten für die Eingangsuntersuchung in Höhe von
Euro 192,- selbst zu übernehmen.

Ort/Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigter:

Unterschrift des zuweisenden Arztes: