

Mütter-/Väterberatungsstelle

Name der Mütter-/Väterberaterin

.....

## Medizinische Konsultation für klemon

### Angaben zur Familie

Name, Vorname Kind ..... Geschlecht  m  w

Geburtsdatum Kind .....

Name, Vorname Mutter .....

Name, Vorname Vater .....

Wohnadresse .....

Telefonnummern Privat ..... Mobile .....

### Biometrische Daten

Grösse ..... cm

Gewicht ..... kg

BMI / Perzentilwert .....

### Befund(e)

.....  
 .....

### Diagnose(n)

.....  
 .....

Mit freundlichen Grüssen

Datum ..... Unterschrift Ärztin/Arzt .....

### Arztpraxis (Name, Adresse, Stempel)

Rückmeldungen

Per Mail

Telefonisch

Schriftlich

Mailadresse

.....

