

Anmeldung

zur Endo-Sprechstunde

Email: **praxis@wetter-stelter.de**

Fax: 02241/71026



Dr. med. Wetter & Stelter
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin,
Kinderkardiologie, Kinderendokrinologie und Diabetologie

Elternfragebogen

Datum: _____

Name des Kindes: _____		
geb.: _____	Tel: _____	Email: _____

Größe des Vaters: _____ cm
Größe der Mutter: _____ cm

bei	Größe des Kindes	Gewicht des Kindes
U5 (Datum:)		
U6 (Datum:)		
U7 (Datum:)		
U8 (Datum:)		
U9 (Datum:)		
U 10 (Datum:)		
U 11 (Datum:)		
J 1 (Datum:)		