



Patientenaufkleber

Anmeldung Klinikschule

Station: _____

Patientendaten

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Hausnr. _____ Religion _____

PLZ / Ort _____ Staatsangehörigkeit _____

Schuldaten

Bundesland _____

Name der Heimatschule _____

Straße / Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Klassenleitung _____

Fax _____

Klasse _____ und Schulform (bitte ankreuzen)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Grundschule | <input type="radio"/> Montessorischule |
| <input type="radio"/> Mittelschule | <input type="radio"/> Waldorfschule |
| <input type="radio"/> Realschule | <input type="radio"/> Fach- / Berufsoberschule |
| <input type="radio"/> Gymnasium | <input type="radio"/> Berufsschule |
| <input type="radio"/> Gesamtschule | <input type="radio"/> Förderschule |
| <input type="radio"/> Werkrealschule | <input type="radio"/> sonstige: _____ |

Fremdsprache/n:

Englisch Latein Französisch Spanisch Italienisch Altgriechisch

Termine Schulaufgaben (soweit bekannt): _____

Schulische Fehlzeiten: _____

Schulische Probleme / Besonderheiten: _____