

Anamnesebogen und Einwilligungserklärung

Liebe Eltern,

im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes bieten wir Ihnen Leistungen an, die der optimalen Behandlung Ihres Kindes und Ihrer Information dienen. Zur Erbringung dieser Leistungen benötigen wir Ihre Einwilligung in die damit verbundene Verarbeitung der personenbezogenen Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören.

Ihnen steht frei ob Sie eine, keine oder alle Einwilligungserklärungen abgeben. Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und unabhängig von der Behandlung Ihres Kindes. Sie können die Einwilligungen jederzeit einzeln oder gemeinsam mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bei Rückfragen steht Ihnen das Praxispersonal gerne zur Verfügung.

| Angaben zum Kind | |
|--|-------------|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| Krankenkasse (falls Versicherungskarte nicht dabei): | |

| Angaben zu den Sorgeberechtigten | |
|--|--|
| Sorgeberechtigter 1 | Sorgeberechtigter 2 |
| Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person: | Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person: |
| Name, Vorname, Adresse: | Name, Vorname, Adresse: |
| Geburtsdatum: | Geburtsdatum: |
| Tel.: | Tel.: |
| Handy*: | Handy*: |
| E-Mail*: | E-Mail*: |
| Beruf*: | Beruf*: |

* freiwillige Angaben

| Angaben zu Geschwistern | |
|-------------------------|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

| | |
|------------------------|---|
| Geburtsort: | Schwangerschaftswoche: |
| Geburtsgewicht: | Art der Geburt (spontan/ Kaiserschnitt): |

| |
|--|
| Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen/ Vorerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn ja, welche?</i> |

| |
|---|
| Ist Ihr Kind bereits operiert worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn ja, wann und woran?</i> |

| |
|---|
| Sind bei Ihrem Kind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn ja, welche?</i> |

| |
|--|
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn ja, welche?</i> |

| |
|--|
| Ist Ihr Kind nach den Impfeempfehlungen der STIKO geimpft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn nein, möchten Sie zu Impfungen beraten werden?</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| |
|--|
| Befand sich Ihr Kind schon einmal in einer anderen Therapie (Logopädie/ Ergotherapie/ Psychotherapie...) oder befindet sich derzeit in Therapie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn ja, welche?</i> |

| |
|--|
| Geht Ihr Kind in den Kindergarten/ Schule? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn Schule: welche Schulform/ Klasse?</i> |

| |
|---|
| Gibt es in der näheren Familie (Eltern, Geschwister) chronische Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn ja, welche?</i> |

| |
|---|
| Bei Kinderarztwechsel: Wer war der bisherige Kinderarzt? |
| |

| |
|--|
| Hier ist Platz für weitere Anmerkungen und Wünsche: |
| |

Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern zu Behandlungszwecken

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Mein Kinderarzt wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich entbinde den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung für die Abholung von patientenbezogenen Daten durch namentlich benannte Personen

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen patientenbezogene Daten (z.B. Befunde, Überweisungen, Rezepte, Entschuldigungen/Atteste für Schule und Kindergarten) in der Praxis abholen:

Einwilligungserklärung Recall

Ich bin damit einverstanden (Zutreffendes bitte ankreuzen und Kontaktdaten einfügen), dass mich die Arztpraxis über ...

- Brief/Karte: _____
- E-Mail: _____
- SMS: _____
- Telefon: _____

an Termine für anstehende Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnert.

Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten