

Erstfragebogen

Name des Kindes: _____
Adresse: _____

Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

Telefonnummer: _____
(privat)

Telefonnummer: _____
(Handy)

Mutter: _____
Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Vater: _____
Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Sorgeberechtigt: beide Mutter Vater
Besondere Familiensituation:

Geschwister (Vorname, Alter, chronische Erkrankungen):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Familiensprache: _____

Kita: _____ Schule/Klasse: _____

Vorgestelltes Kind

Durchgemachte Erkrankungen:
(was, wann?)

Chronische Erkrankungen:
(was, seit wann?)

Operationen:
(was, wann?)

Krankenhausaufenthalte:
(wo, warum?)

Allergien:
(welche, seit wann?)

Regelmäßige Medikamente:
(welche, wann, Dosierung?)

Familienerkrankungen

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere chronische Erkrankungen? Wer?

Dürfen wir Sie in Zukunft an Vorsorgen etc. erinnern?

- ja nein
 per Anruf per Mail

Ausgefüllt durch: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Recall-Einwilligung

Liebe Eltern,

im Laufe des Größerwerdens Ihres Kindes bietet das Gesundheitssystem eine Vielzahl von Kontrolluntersuchungen und Impfungen an. Ein Teil davon wird aber nur in begrenzten Zeitabschnitten von den Krankenkassen finanziell übernommen. Auch ändern sich Impfpläne und Vorsorgeuntersuchungen, neue kommen hinzu.

Damit diese Ihrem Kind zustehenden Maßnahmen rechtzeitig wahrgenommen werden können oder medizinisch notwendige Kontrollen nicht in Vergessenheit geraten, versuchen wir Sie bei Besuchen in der Praxis daran zu erinnern. Termine können aber in Vergessenheit geraten, wenn wir uns z.B. erfreulicherweise selten sehen, weil Ihr Kind selten krank wird. Oder in der Hektik des Tagesgeschäftes achten wir nicht auf ausstehende Termine. Mit Ihrer Einwilligung können wir Sie per SMS/E-Mail/Post /Telefonat/ Fax an solche Termine erinnern.

Mit dieser Erinnerung besteht aber keine Pflicht, diesen Termin bei uns wahrzunehmen (Sie haben freie Arztwahl). Über eine Information wären wir dann aber dankbar, da wir sonst evt. wiederholt versuchen, Sie zu erreichen.

Sie können diese Erinnerungshilfe jederzeit wieder abbestellen.

Sie können auch die von unserem Berufsverband zur Verfügung gestellte APP auf Ihr Handy laden.

Wir weisen darauf hin, dass sich aus Ihrer Einwilligung zu unserem freiwilligen **Zusatzangebot kein Rechtsanspruch** ergibt, d.h., wenn wir Sie nicht erinnern und Sie verpassen z.B. eine Vorsorgeuntersuchung, sind wir dafür nicht haftbar zu machen.

Denken Sie bitte daran, uns Änderungen von Adresse, *vor allem Telefonnummern* usw. frühzeitig mitzuteilen.

Wir bitten Sie, die vereinbarten Termine pünktlich wahrzunehmen und bei Verhinderung vor allem bei Vorsorgeterminen und Gesprächen uns spätestens bis zum Abend vorher telefonisch oder über unsere Homepage zu informieren, damit wir diesen Termin anderweitig vergeben können. Da wir eine Bestellpraxis sind, sind diese Termine mit Raum und Personal speziell für Ihr Kind teils 30 bis 45 min freigehalten. Deshalb sind wir berechtigt, die entstehende Ausfallzeit Ihnen per Privatrechnung nach GOÄ in Rechnung zu stellen, was bei den Vorsorgen ca. 50 € bedeutet. Bei Nichtbezahlung wird ein amtliches Mahnverfahren eingeleitet. Da wir zunehmend erleben, dass trotz Terminerinnerung diese Termine nicht wahrgenommen werden, sehen wir uns zu diesen Maßnahmen veranlaßt.

Danke!

Wir sind mit der Erinnerung zu Kontroll-/Vorsorgeterminen/Impfungen für unser Kind

Name:Vorname: geb.:

per (zutreffendes ankreuzen)

Telefon : Fax (Nummer angeben) Post

SMS über:..... E-MAIL (Adresse):

einverstanden.

Datum:

Unterschrift:

Widerruf am:

angenommen durch:

Gemeinschaftspraxis Wolfsburg-Gifhorn
Dres.med. Ralf Ott, Kathrin Knye und
Kollegen
FÄ f.Kinder-und Jugendmedizin

38440 Wolfsburg, Poststr. 9
Tel.: 05361/15156 Fax: 05361/21390

Einwilligung zur gemeinschaftlichen Betreuung unseres Kindes durch die Ärzte der überörtlichen Gemeinschaftspraxis Wolfsburg-Gifhorn

Liebe Eltern,

als Gemeinschaftspraxis können wir das Untersuchungsspektrum und die Leistungsfähigkeit der Praxis breiter gestalten und flexibel auf Anforderungssituationen (Infektwellen) reagieren.

Unser Konzept beinhaltet aber auch, dass in bestimmten Situationen Ihr Wunscharzt nicht kurzfristig zur Verfügung steht. Um vor allem in akuten Erkrankungssituationen trotzdem eine schnelle ärztliche Versorgung mit allen notwendigen Informationen zu gewährleisten, steht Ihnen ein anderer Arzt der Praxis zur Verfügung. Außerdem können spezielle Untersuchungen, die nur ein bestimmter Arzt im Rahmen der notwendigen Spezialisierung durchführen kann, unbürokratisch mit allen Vorinformationen gewährleistet werden.

Dies Bedarf Ihrer Einwilligung zur gegenseitigen Akteneinsicht durch die mitbehandelnden Ärzte der Praxis.

Wenn Sie sich für einen Hauptbehandler entschieden haben, werden nach Möglichkeit **planbare Untersuchungstermine** für Ihr Kind diesem Arzt zugeordnet. Dies bedingt aber teilweise längere Wartezeit.

Bei akuten Erkrankungen kann dies auch bedeuten, dass Sie erst innerhalb der nächsten Tage einen Termin bei Ihrem Wunscharzt bekommen könnten. Bei Terminvergabe für den nächsten freien Arzt können wir bei akuten Erkrankungen meist eine ärztliche Untersuchung am selben Tag gewährleisten.

Wir weisen darauf hin, dass wegen Kapazitätsgrenzen nicht jeder Arzt bei Erstaufnahme Ihres Kindes zu jeder Zeit als Hauptbehandler zur freien Verfügung steht. Dazu beraten Sie unsere medizinische Fachangestellten bei der Erstaufnahme.

Ich/wir willige(n) dem o.g. Vorgehen ein, dass die in der überörtlichen Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte bei Mitbehandlung meines Kindes die Akten/medizinischen Befunde gegenseitig einsehen dürfen.

Name des Kindes geb.:

Datum: Name und Unterschrift eines Elternteils:

Eltern-Fragebogen bei Neugeborenen Erstvorstellung

Liebe Eltern!

Um uns besser auf die folgende Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für gezielte Fragen und Probleme Ihrerseits nutzen sie bitte die letzten Zeilen.

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist das zu untersuchende Kind Ihr erstes Kind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Werden Sie durch eine Hebamme betreut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wer? | | |
| 3. Werden Sie durch Familie u./o. Freunde unterstützt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen,
5. traurig bedrückt oder hoffnungslos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben beide Eltern das Sorgerecht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gab es Probleme/Erkrankungen in der Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche: | | |
| 8. Gab es Komplikationen bei der Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche: | | |
| 9. Wird Ihr Kind gestillt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ist die Trinkdauer pro Mahlzeit > 30 Minuten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben sie Trink- oder Schluckschwierigkeiten bemerkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie Atemprobleme oder Krämpfe bemerkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Können Sie Ihr Kind beruhigen, wenn es schreit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wurde das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Wurde das Neugeborenen-Stoffwechselscreening durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wurde bereits eine Hüft-Ultraschall-Untersuchung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie die letzte Frage mit „Ja“ beantwortet haben notieren Sie stichpunktartig die Probleme!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ausgefüllt von: Mutter Vater andere: Datum:

Name Kind: _____ Geburtsdatum: _____