



Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Eltern,

für die Behandlung in meiner Praxis sind folgende Angaben erforderlich:

**1 Sozialanamnese:**

Name der Eltern	Geburts-jahr	Telefonnummer	Ggf. E-Mail
Name der Geschwister			

**Lebens- und Betreuungssituation des Kindes:**

Das Kind lebt mit beiden Elternteilen in einem Haushalt, die Eltern sind verheiratet oder in eingetragener Lebenspartnerschaft	JA / NEIN
--	-----------

<b>Falls JA:</b> Weiter mit nächster Frage	<b>Falls NEIN:</b> Wie sind Sorgerecht und der Umgang geregelt? Bei wem lebt das Kind?
---	---

**Welche weiteren Betreuungspersonen gibt es und wer darf Informationen zum Kind erhalten?**

Name, Funktion (z.B. Oma mütterlicherseits, Opa väterlicherseits, Tagesmutter...)	Telefonnummer	Darf Auskunft erhalten
		JA / NEIN
		JA / NEIN
		JA / NEIN
		JA / NEIN
		JA / NEIN

Name: \_\_\_\_\_

## 2 Medizinische Anamnese:

Kind bisher altersentsprechend nach <b>StIKo-Empfehlung geimpft</b> , keine ungewöhnlichen Impfreaktionen Falls noch nicht altersentsprechend geimpft, vereinbaren Sie gerne gleich einen Termin dafür.	JA	NEIN
--	----	------

Schwere oder bedeutsame Erkrankungen des Kindes:

Schwere oder bedeutsame Erkrankungen der Eltern:

Gibt es sonst noch etwas, das Ihr Kinder- und Jugendarzt wissen sollte?

**bitte weiter auf Seite 3**



Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

### 3 PraxisAPP

Ein wichtiges Kommunikationsmittel ist für uns die **PraxisAPP**, die Sie auf der Homepage herunterladen können und sollten. Sie erhalten darüber **Erinnerungen an anstehend Vorsorgen und Impfungen**, aber auch alle **aktuellen Informationen zur Coronasituation** und Impfpfehlungen. z.B. wenn es eine neue StIKo Empfehlung gibt, aber auch Informationen die nur für unsere Patienten relevant sind, z.B. wenn der Arzt mal krank ist und sie dann nicht vor verschlossenen Türen stehen müssen. **Coronaimpftermine** sind nur mit der PraxisAPP erhältlich. Außerdem können wir damit eine gesicherte **Videosprechstunde** abhalten und sie brauchen dann nicht in die Praxis zu kommen. Wenn Sie möchten, können wir sie auch über die PraxisApp an die vereinbarten Termine erinnern, bitte sagen Sie bei der Terminvereinbarung Bescheid, wenn Sie diesen Service nutzen möchten und damit das Ausfallrisiko durch Vergessen reduzieren möchten.



### Pflicht zur Terminabsage

Die Praxis ist eine **Bestellpraxis**, das heißt, dass wir in der für Ihr Kind reservierten Zeit in der Regel keine anderen Patienten behandeln (können). Darüber hinaus ist die rechtzeitige Absage von Terminen eine unverzichtbare Form der Fairness gegenüber den Eltern, die sich vergeblich um einen Termin in einer kinder- und jugendärztlichen Praxis bemühen.


Das Angebot eines Termins begründet zugleich beiderseitige rechtliche Verpflichtungen. So kann Ihnen, wenn Sie nicht rechtzeitig absagen, die Vergütung für die ungenutzte Zeit gemäß §516 und §252 BGB in Rechnung gestellt werden.

**Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.** Eine Absage muss **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin erfolgen. Unter der Telefonnummer 04451/8057-901 können sie immer Ihre Terminabsage auf Anrufbeantworter aufsprechen. Ohne Absage wird ein **Ausfallhonorar** in Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) in Rechnung gestellt - für eine Vorsorge zum Beispiel 26,23 EUR (GoÄ Ziffer 26, 1,0 fach). Im Falle einer unverschuldeten, nachvollziehbaren kurzfristigen Verhinderung durch z.B. Unfälle verzichten wir natürlich auf das Ausfallhonorar.

Ich erkläre mich mit der genannten Regelung zur Erhebung eines Ausfallhonorars einverstanden (bei NEIN vergeben wir nur kurzfristige Termine nach Verfügbarkeit)	JA	NEIN
---	----	------

Name: \_\_\_\_\_

#### 4 Vereinbarung zu Datenschutz, elektronischer Kommunikation, Recall

<b>Ich willige ein, dass die Praxis personenbezogene Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erhebt, speichert und verarbeitet.</b> Datenschutzerklärung: <a href="http://www.kinderaerzte-im-netz.de/aerzte/varel/dernick/infos-datenschutz.html">www.kinderaerzte-im-netz.de/aerzte/varel/dernick/infos-datenschutz.html</a>		JA	NEIN
<b>Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind mit Vor- und Zunamen aufgerufen wird</b>		JA	NEIN
<b>Ich willige auch in die Kommunikation über Telefon, E-Mail, SMS, Fax für personenbezogene Informationen ein.</b> (Nichtzutreffendes bitte streichen). Elektronische Kommunikation kann potentiell abgefangen und mitgelesen werden und erfordert daher die ausdrückliche Zustimmung der Erziehungsberechtigten.		JA	NEIN
<b>Ich willige ein, dass die Praxis mich kontaktiert, z.B. für Terminbestätigungen, ausstehende Impfungen / Vorsorgen etc. („Recall“)</b>		JA	NEIN

Die Vertraulichkeit der Gesundheitsdaten des Kindes ist uns sehr wichtig. In vielen Fällen ist die vom Gesetz festgelegte schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht jedoch behandlungsverzögernd, wenn das Kind z.B. im Urlaub erkrankt oder wir nach einem Telefonat eine rasche Behandlung beim Kollegen für Ihr Kind anbahnen möchten.

<b>Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden ärztlichen und psychotherapeutischen Kolleg:innen</b>	JA	NEIN
<b>Dies gilt auch für Kolleg:innen, die das Kind zukünftig behandeln sollen</b> (wenn wir z.B. einen zeitnahen Termin beim Facharzt für Sie vereinbaren sollen)	JA	NEIN
<b>Ich möchte die Praxis auch mündlich von der Schweigepflicht entbinden können</b> (z.B. telefonisch, in der Videosprechstunde. Bei NEIN warten wir in jedem Einzelfall auf ihr schriftliches Einverständnis vor der Kontaktaufnahme oder Auskunfterteilung)	JA	NEIN

In jeden Fall dokumentieren wir ihr mündliches Einverständnis und wer wann mit wem worüber gesprochen hat und Sie haben immer das Recht, diese Dokumentation einzusehen. Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig, sie kann jederzeit widerrufen werden.

Ich habe die Erklärungen gelesen und bin damit einverstanden. Diese Erklärungen gelten analog auch für die der Schweigepflicht unterliegenden Praxismitarbeiter:innen sowie für weiteres ärztliches Personal der Praxis und auch für ärztliche Rechtsnachfolger der Praxis im Falle einer Veräußerung.

#### Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungsberechtigten:

Ich versichere, dass der andere Erziehungsberechtigte hiervon Kenntnis hat und einverstanden ist

\_\_\_\_\_  
Datum, Name und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

**Mir ist bekannt, dass ich alle Erklärungen jederzeit schriftlich widerrufen kann**

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten