

Anmeldeformular für Neu-Patienten

(vorherige Betreuung in anderer Kinderarztpraxis)



**PRAXIS FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE
SCHALLSTADT**
NEUROPÄDIATRIE

1. Angaben zum Kind

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: w m d

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Praxis für Kinder und Jugendliche Schallstadt

Neuropädiatrische Schwerpunktpraxis

Dr. Alexander Pschibul

Dr. David Schorling

Dr. Judith Schick

Dr. Cornelia Emerich

Basler Straße 82

79227 Schallstadt

Telefon: 07664 8624

Fax: 07664 8621

E-Mail: praxisteam@kinderarzt-

schallstadt.de

2. Angaben zu den Sorgeberechtigten und Familie

Sorgeberechtigte/r 1

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Sorgeberechtigte/r 2 (falls zutreffend)

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Sorgerecht:

gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht

(ggf. Nachweis erforderlich)

Gibt es Geschwister?

Nein Ja:

Wenn Ja, bitte angeben:

Name, Alter _____

Welche Sprache ist Familiensprache?

Gibt es relevante Erkrankungen in der Familie?

Nein Ja:

Wenn Ja, bitte angeben:

Welche, bei wem _____

3. Krankenversicherung

gesetzlich privat

Krankenkasse / Versicherung: _____

Versichert über: Mutter Vater eigenes Mitglied

Versicherungsnummer (falls bekannt): _____

4. Vorherige kinderärztliche Betreuung

Name und Ort der früheren Kinderarztpraxis: _____

Grund für den Praxiswechsel: _____

Ich bin damit einverstanden, dass relevante medizinische Unterlagen (z. B. Impfstatus, Vorbefunde, Arztbriefe) von der vorherigen Praxis angefordert werden.

5. Angaben zu Ihrem Kind

Gab es Probleme in der Schwangerschaft oder bei Geburt?

Nein Ja, welche:

Bestehen chronische Erkrankungen?

Nein Ja, welche:

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten?

Nein Ja:

Werden bestimmte Medikamente regelmäßig eingenommen?

Nein Ja:

Erhält Ihr Kind regelmäßige Therapien (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik, Frühförderung) oder hat sie diese in der Vergangenheit erhalten?

Nein Ja:

Wenn Ja, bitte angeben:

Grund, Art der Therapie, Zeitraum, Name der Praxis

Gab es bisher Operationen?

Nein Ja

Wenn ja, bitte angeben:

Art der OP, Alter des Kindes, ggf. Jahr

Bestehen regelmäßige Vorstellungen bei Fachärzten?

Nein Ja

Wenn ja, bitte angeben:

Fachrichtung (z. B. Augenarzt, HNO, Orthopädie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) ; Anlass / Diagnose

Geht Ihr Kind in den Kindergarten / die Schule?

Nein Ja

Wenn ja, bitte angeben:

Einrichtung, seit Wann (bei Schule: welche Klasse)?

Gab es bisher belastende Probleme mit: Wachstum/Gewichtszunahme, Schlafen, Essen, Hören, Sehen, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung? Gibt es andere Probleme/Sorgen?

Nein Ja

6. Impfstatus

- Impfausweis liegt vor
- Impfausweis wird nachgereicht
- Kein Impfausweis vorhanden

Wurde bisher gemäß STIKO-Empfehlungen geimpft?

Nein Ja

7. Weitere Hinweise / Platz für besondere Wünsche

8. Datenschutz & Einwilligung

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen (DSGVO) einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

Wir danken für Ihre Angaben. Bitte bringen Sie zum Ersttermin in unserer Praxis das gelbe Vor-Untersuchungsheft, den Impfpass, sowie sämtliche relevanten Vorbefunde mit (z. B. Arztbriefe, Therapieberichte, Entwicklungsbericht aus Kindergarten etc.)!

IhrPraxisteam

Zusatzbogen für Jugendliche Patienten und Patientinnen (ab 12 Jahre)

9. Angaben der/des Jugendlichen (vertraulich)

Dieser Abschnitt kann – je nach Alter und Situation – auch ohne Anwesenheit der Sorgeberechtigten ausgefüllt werden.

Gibt es aktuell Beschwerden oder Fragen?

Nein Ja

Gab es in letzter Zeit besondere Belastungen (z. B. Schule, Familie, Schlaf)?

Nein Ja

Gibt es Themen, die du gerne allein mit der Ärztin/dem Arzt besprechen möchtest?

Nein Ja

10. Weitere Hinweise / Anmerkungen

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen (DSGVO) einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigte/r:
