

Anmeldebogen der Kinderärzte Bad Mergentheim



Liebe Eltern,

Sie haben einen **U3-Termin** für Ihr Kind bei uns in der Praxis ausgemacht und wurden gebeten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Wir freuen uns, dass Sie uns als Praxis gewählt haben und heißen Sie recht herzlich willkommen.

Wir möchten Sie und Ihr Baby gerne besser kennenlernen und bitten Sie daher um die Beantwortung nachfolgender Fragen.

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Voraussichtliche Krankenkasse: _____ Kassennummer: _____

Hauptversicherter: (Vater/Mutter/gesetzl. Vertreter)

Name: _____ geb.: ____ . ____ . ____

Chronische Erkrankungen in der Familie zurück bis zu Großeltern. (Bitte angeben, wer, welche Form, ...)

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------|-------------------------------|
| Asthma: | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |
| Hüfterkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |
| Ohrenfehlbildungen/Hörstörungen | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |
| Herz/Kreislaufferkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |
| Allergien | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |
| Immundefekte | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |
| Allergien | ja <input type="checkbox"/> | _____ | nein <input type="checkbox"/> |

Sonstige Erkrankungen in der Familie, die wir wissen sollten:

Werden Sie zuhause von einer Hebamme betreut? ja nein

Hat Ihr Kind Trink-/Schluckbeschwerden? ja nein

Schreit das Kind häufig? ja nein

Bekommt ihr Kind Vitamin D und Fluorid? ja nein

Seit der letzten U-Untersuchung:

War das Kind schwerwiegend krank? ja nein

Gab es eine Operation? ja nein

Wir bieten Ihnen den Service, den Impfstatus von Ihnen als Eltern und auch von den Großeltern und eventuell weiteren wichtigen Bezugspersonen des Kindes zu überprüfen um es bestmöglich Schützen zu können. Bitte bringen Sie daher alle Impfausweise der o.g. Personen mit zu uns in die Praxis. Bei Bedarf kann bei uns auch eine Auffrisch-Impfung erfolgen.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin die Versichertenkarte (falls schon vorhanden), gelbe Untersuchungsheft und eine kleine Decke / Handtuch mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mutter Vater Andere

Ausgefüllt am (Datum)

Unterschrift

Die gegenseitige Verlässlichkeit ist uns sehr wichtig. Wir bieten Ihnen an, dass Sie in unserer Praxis nicht lange warten müssen. Wenn Sie nicht oder mit deutlicher Verspätung kommen, können wir in dieser Zeit keine andere Patienten behandeln. Deswegen bitten wir Sie mit der Anmeldung um ihr Einverständnis, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten oder rechtzeitig absagen.

Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe des Patienten

Ich

Vorname, Name des Patienten, Geburtsdatum des Patienten

Vorname, Name des gesetzlichen Vertreters

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Labordaten an die mit uns kooperierenden Labore übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke z.B. der Impfstoffbestellung oder der Medikamentenlieferung meine Rezepte an die Berg-Apotheke oder an die Apotheken im Umkreis übermittelt werden.
- Ich stimme der Nutzung meiner Email-Adresse für Terminbestätigungen über das Programm samedi zu.

Email: _____ @ _____

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergeleitet werden:

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ab 15 Jahre von Patient selbst unterschreiben