

# Anmeldebogen der Kinderärzte Bad Mergentheim



Liebe Eltern,

Sie haben sich in unserer Praxis informiert, ob wir Sie eventuell bei uns in der Praxis als neue Patienten willkommen heißen würden.

Nun wurden Sie gebeten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Bitte bringen sie diesen Bogen mindestens 1-2 Wochen **VOR** Ihrem ersten Termin in unsere Praxis, zusammen mit der Versicherungskarte und der Schweigepflichtsentbindung für den/die vorher betreuenden Arzt/Ärzte, so dass wir alle bisherigen Befunde anfordern können.

Erst wenn alle Unterlagen vorliegen, kann Ihr Kind bei uns als Patient aufgenommen werden.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Kassennummer: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: (Vater/Mutter/gesetzl. Vertreter)

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt: beide Eltern  Mutter  Vater  Andere

Besondere Familiensituation: (alleinerziehend, Trennung, Umzug, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Tod):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Geschwister, die nicht zu uns in die Praxis kommen:**

(Für Kinder, die zu uns in die Praxis kommen sollen, muss ein kompletter separater Bogen ausgefüllt werden.)

Name: \_\_\_\_\_ m  w  Alter: \_\_\_\_\_ Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ m  w  Alter: \_\_\_\_\_ Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Familiensprache: Deutsch  andere Sprache  \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen ja  \_\_\_\_\_ nein

Operationen: ja  \_\_\_\_\_ nein

Krankenhausaufenthalte ja  \_\_\_\_\_ nein

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? ja  nein

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien? ja  nein

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Angst oder Sorge bezüglich des Zustandes oder der Entwicklung Ihres Kindes?

ja  (Bitte Begründen) \_\_\_\_\_ nein

# Anmeldebogen der Kinderärzte Bad Mergentheim



Gibt es zur Zeit Probleme mit der Ernährung?

ja  (Bitte Begründen)

nein

Gibt es zur Zeit Probleme mit dem Toilettengang?

ja  (Bitte Begründen)

nein

Trägt Ihr Kind noch Windeln?

ja  (Bitte Begründen)

tagsüber

nachts

nein

Bekommt ihr Kind bisher Heilmittelverordnungen oder ähnliches?

Ergotherapie

Logopädie

Physiotherapie

\_\_\_\_\_

Wer war ihr bisheriger Kinderarzt oder Hausarzt? (Name und Adresse für Befundanforderungen)

Haben wir etwas vergessen oder möchten Sie uns gerne noch etwas mitteilen? Gibt es andere wichtige Angaben, welche wir in Ihrem Interesse in unserem Datensystem speichern sollen?

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

Anlage:  
Schweigepflichtentbindung

Bad Mergentheim, \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtsentbindung

Betreff:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

\_\_\_\_\_  
Straße, HausNr,

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_  
(Name und Adresse des vorherigen Arztes)

Gegenüber der Praxis  
„Kinderärzte Bad Mergentheim „

zur Befundanforderung von der Schweigepflicht.

Es ist mir bekannt, dass diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit von mir wieder widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Name Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_  
(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

**Kinderärzte Bad Mergentheim**  
**Dr. med. Karl Schmitt**  
**Dr. med. Hannes Vüllers**  
**Buchener Straße 9**  
**97980 Bad Mergentheim**  
**Tel.: 07931/2069**  
**Fax.: 07931/2060**

### 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