

Anmeldebogen der Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. med. Karl Schmitt



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.: _____._____._____

Versichertennummer Hauptversicherter: _____

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 des Hauptversicherten oder einen Versichertenachweis Ihrer Krankenkasse, das 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 Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name des Patienten, Geburtsdatum des Patienten

Vorname, Name des gesetzlichen Vertreters

erkläre mich einverstanden, dass in der Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. med. Karl Schmitt – Bad Mergentheim - meine Patientendaten / die Patientendaten o.g. Kindes erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde auf das Informationsblatt zum Datenschutz, welches im Wartezimmer veröffentlicht ist hingewiesen, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.
- Hiermit entbinde ich die o.g. Praxis gegenüber der Rats-Apotheke – Bad Mergentheim und der Berg-Apotheke – Ibbenbüren für die Anforderung von Medikamenten und Impfstoffen von der ärztlichen Schweigepflicht.

(nichtzutreffendes bitte streichen)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters



Abholerlaubnis / Entbindung von der Schweigepflicht

Ich

Vorname, Name des Patienten, Geburtsdatum des Patienten

Vorname, Name des gesetzlichen Vertreters / Erziehungsberechtigter

entbinde hiermit als gesetzlicher Vertreter / Erziehungsberechtigter für o.g. Kind die Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. med. Karl Schmitt – Bad Mergentheim – gegenüber folgender Personen von der Schweigepflicht:

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- Ärztlichen Dokumente, Untersuchungsbefunde, Laborergebnisse, Bildmaterialien oder Gutachten
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen enthalten könnten
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund
- Sämtliche Formulare wie Rezepte, Überweisungen, Heilmittelverordnungen

(nicht zutreffendes bitte streichen)

an die o.g. Personen herausgegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung von der Schweigepflicht jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters