

## Anmeldebogen für neue Patienten

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Kinderarztpraxis. Um Ihr Kind besser kennen zu lernen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:  Geburtsort (Klinik):

Straße:  PLZ:

Wohnort:

Name des Kinderarztes (bei überwiesenen Patienten):

Mutter:

geb.:

Tel.: Festnetz:  Mobil:

E-Mail:

Vater:

geb.:

Tel.: Festnetz:  Mobil:

E-Mail:

Sorgeberechtigt:  beide Eltern  Mutter  Vater  Andere Namen und Kontaktdaten bitte angeben.

Name des Sorgeberechtigten:

Straße:  PLZ:

Wohnort:

Tel.: Festnetz:  Mobil:

E-Mail:

Besondere Familiensituation (alleinerziehend, Trennung, Umzug, schwere Erkrankung eines Familienmitglieds, psychische Erkrankungen, Tod):

Geschwister:

Name:  m  w  Alter:  Erkrankungen:

Name:  m  w  Alter:  Erkrankungen:

Name:  m  w  Alter:  Erkrankungen:

Name:  m  w  Alter:  Erkrankungen:

Familiensprache (hauptsächlich zuhause gesprochene Sprache):

deutsch  andere Sprache  nämlich:

Chronische, vererbare oder schwere Erkrankungen in der Familie:

Wenn ja, wer ist betroffen (Oma, Onkel, usw. väterlicher- oder mütterlicherseits):

Asthma:

Heuschnupfen/Allergien:

Neurodermitis:

Hüfterkrankungen:

Diabetes/Schilddrüse:

Herz/Bluthochdruck:

Nierenerkrankungen:

Infektionskrankheiten:    
(z.B. Hepatitis, Tuberkulose)

Krampfanfälle   fiebergeunden

Weitere Erkrankungen:

### Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Nein  ja

Wenn ja, welche?

Gab es Komplikationen während der Geburt? Nein  ja

Wenn ja, welche?

Schwangerschaftswoche: , errechneter Termin:

Geburtsweg: Spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke  Kiwi

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik behandelt? Nein  ja

Wenn ja, weshalb?

### Durchgemachte Erkrankungen des Kindes:

Wann?

Wann?

Wann?

Chronische Erkrankungen: Nein  ja

Wenn ja, welche?

Allergien: Nein  ja

Wenn ja, welche?

Operationen: Nein  ja

Wenn ja, welche?

Medikamente (auch Salben, Cremes usw.): Nein  ja  (unbedingt ausfüllen!)

Name des Medikaments:

Dosierung:

Name des Medikaments:

Dosierung:

Name des Medikaments:

Dosierung:

Besondere Ernährungsform der Mutter?

vegan

vegetarisch

Besondere Ernährungsform des Kindes geplant?

Nein

vegan

vegetarisch

Wenn Sie privatversichert sind: Ist es für Sie in Ordnung, dass wir über die private Verrechnungsstelle abrechnen? Ja  nein

Wenn ja, die entsprechende Datenschutz- und Einverständniserklärung muss noch unterschrieben werden.

Einverständnis für die Kontaktaufnahme, Terminerinnerungen, Recall

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der oben angegebenen E-Mail-Adresse/Mobil-Nummer an den bereits fest vereinbarten Termin erinnert:  
Ja  nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der oben angegebenen E-Mail-Adresse/Mobil-Nummer zurückruft: Ja  nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der oben angegebenen E-Mail-Adresse/Mobil-Nummer an einen Impf- oder Vorsorgetermin erinnert (Recall): Ja  nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Die Patienteninformation zum Datenschutz liegt Ihnen zugänglich im Wartebereich vor. Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

Ja  nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Meine Einverständniserklärungen können mündlich oder schriftlich jederzeit von mir widerrufen werden.

Bei privat veranlassten Impfungen oder bei Impfungen von Privatversicherten bieten wir Ihnen an, den Impfstoff im Voraus zu besorgen. Diesbezüglich bitten wir Sie, den Beschaffungsantrag zu unterschreiben.

Hier eine kurze Information unsererseits: Viele gesetzliche Krankenkassen bieten für Kinder umfangreichere Vorsorgeuntersuchungen und zusätzliche Untersuchungen wie ein Augenscreening, eine besondere Betreuung bei Kopfschmerzen oder die Überleitung

zu einem Erwachsenenmediziner zu gegebener Zeit an.  
Wir haben für Sie die Liste zusammengestellt. Sprechen Sie uns einfach an. Siehe Anhang.

Gerne möchten wir Sie darüber informieren, dass Sie Ihren Termin bis mind. 48 Stunden vor dem geplanten Termin (wie z.B. bei Untersuchung/Vorsorgen/Herzsprechstunde), absagen müssen. Bei unentschuldigtem Nichterscheinen stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung.

---

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bitte geben Sie den Fragebogen an der Anmeldung ab oder schicken Sie ihn per Mail.