

Liebe Eltern,

wir freuen uns Sie und Ihr Kind in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Zu diesem Termin benötigen wir im Vorfeld einige wichtige Informationen, um uns optimal auf Ihr Kind und dessen Behandlung einzustellen.

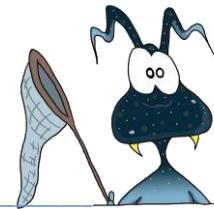
Alle gemachten Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung den individuellen Bedürfnissen Ihres Kindes anzupassen und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Kind

Name, Vorname: _____

Rufname (falls abweichend): _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____



Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o.Ä.:

Hat Ihr Kind Geschwister? Nein Ja , bitte Namen und Alter angeben:

Kinderarzt: _____

Sind Sie damit einverstanden, wenn wir bei medizinisch relevanten Fragestellungen den Kinderarzt kontaktieren? Nein Ja

Versicherungsnehmer

Krankenkasse: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten (falls abweichende Adressen bitte beide aufführen): _____



Tel. Nr.: _____ oder _____

E-Mail: _____

Fragen zur Allgemeingesundheit des Kindes

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

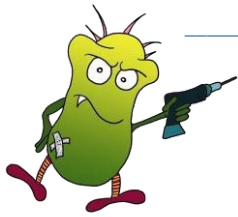
Allergien? Nein Ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

Infektionskrankheiten? Nein Ja, welche?

Schilddrüsenerkrankungen? Nein Ja

Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Nein Ja, welche?

Erkrankungen des Blutes? Nein Ja, welche?



Diabetes? Nein Ja

Sonstige Erkrankungen? Nein Ja, welche?

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, welche?

Gab es bei Ihrem Kind Knochenbrüche im Gesichtsbereich? Nein Ja, wo/wann?

Spezielle Fragen zu den Erfahrungen/Gewohnheiten Ihres Kindes:

Nur für Kinder unter 6 Jahren auszufüllen:

Wird Ihr Kind noch gestillt? Nein Ja

Bekommt Ihr Kind noch nächtliche Flaschen? Nein Ja

Gab es irgendwelche Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Geburt?

Nein Ja, welche?

Lutscht Ihr Kind am Daumen, am Schnuller oder an etwas anderem? Nein Ja

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie Kinderarzt/Überweiser
 Internetportale Sonstiges: _____

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internet-/Facebookseite angesehen? Nein Ja

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes schriftlich erinnert werden (Post, E-Mail)?

- Nein Ja

Ich stimme hiermit der Speicherung der personenbezogenen Daten unseres Kindes für die nächsten Kontrolltermine durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:



Datum: _____

Unterschrift beider Erziehungsberechtigter*:

** Unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert dieser, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben bzw. das alleinige Sorgerecht zu besitzen.*

In den Folgejahren auszufüllen:

Im Laufe der Zeit können sich natürlich immer wieder Veränderungen bei den Angaben ergeben. Wir möchten Sie bitten uns wichtige Änderungen stets zeitnah mitzuteilen, andernfalls überprüfen wir mit Ihnen einmal jährlich die Vollständigkeit Ihrer Angaben. Zu diesem Zweck legen wir Ihnen den Fragebogen erneut vor und Sie bescheinigen mit Ihrer erneuten Unterschrift die Aktualität der Angaben.

1. Aktualisierung

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

Ort, Datum

Unterschrift

2. Aktualisierung

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

Ort, Datum

Unterschrift