

Sehr geehrtes Heimpersonal, liebe Patientin, lieber Patient,

## Anamnesebogen 2025

um eine optimale Betreuung gewährleisten zu können, bitten wir darum, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Legen Sie bitte außerdem das **U - Heft des Kindes** und den **Impfausweis** vor. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich und sicher nach Bundesdatenschutzgesetz Verordnung (EU-DSGVO Neufassung vom 25.05.2018) behandelt.

|                 |  |                  |  |
|-----------------|--|------------------|--|
| <b>Vorname:</b> |  | <b>Nachname:</b> |  |
| Rufname:        |  | Name der Mutter: |  |
| Geburtsdatum:   |  | Name des Vaters: |  |

|                                |  |        |  |
|--------------------------------|--|--------|--|
| <b>Projektname MiTTeNDRiN:</b> |  |        |  |
| Adresse:                       |  |        |  |
| Telefon:                       |  | Mobil: |  |
| Email:                         |  |        |  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| bisheriger Kinder-/Hausarzt: |  |
|------------------------------|--|

|         |                    |                           |
|---------|--------------------|---------------------------|
| Mutter: | Alter:             | Beruf:                    |
|         | Sorgeberechtigung? | <b>Vormund (Name):</b>    |
| Vater:  | Alter:             | <b>Vormund (Telefon):</b> |
|         | Sorgeberechtigung? | Beruf:                    |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Geschwister:</b>      |  |
| Name, Alter:             |  |
| chronische Erkrankungen? |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Ursache für stationäre Unterbringung:</b> |  |
|  |  |
|  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>schwere oder chronische Erkrankungen / Operationen</b> |  |
| 1.  |  |
| 2.  |  |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Bekommt der Pat. regelmäßig Medikamente?</b> |           |
| 1.  | Dosierung |
| 2.  | Dosierung |

|  |  |
|--|--|
| <b>Trägt der Pat. eine Brille oder benötigt es andere Hilfsmittel?</b> |  |
|  |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Ist der Pat. in therapeutischer Behandlung?</b> | (Bsp: Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, SPZ) |
|  |   |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Schule / Kita:</b> |  |
|-----------------------|--|

Vorname (Pat.):

Nachname: (Pat.)

**Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an (bitte ankreuzen):**

- Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- notwendige regelmäßige Kontrollen (z.B. Labor, Sonographie) bei chronischen Erkrankungen

auf folgendem Weg:

- Email  Telefon  ArztDirekt App

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Termine erinnern kann und darf. Diese Einverständniserklärung kann schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Oschersleben, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Betreuers

**Hinweis:** Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Vorsorgetermine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 60 Euro berechnen müssen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB).

Oschersleben, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Betreuers

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.**

**Ihr Praxisteam**