

Liebe Eltern, liebe Patientin, lieber Patient,

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 **Impfpass** vor. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich und sicher nach Bundesdatenschutzgesetz Verordnung (EU-DSGVO Neufassung vom 25.05.2018) behandelt.

Vorname:		Nachname:	
Rufname:		Name der Mutter:	
Geburtsdatum:		Name des Vaters:	
Adresse:			
Telefon:		Mobil:	
Email:			

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

Mutter:	Alter:		Beruf:	
	chron. Erkrankungen:			
Vater:	Alter:		Beruf:	
	chron. Erkrankungen:			

Geschwister:	
Name, Alter {Bsp: Max (9)}:	
chronische Erkrankungen?	

Familiäre Besonderheiten:	(Bsp. Trennung der Eltern, Schichtdienst, Montagearbeit):		
Bluthochdruck		Hauterkrankungen	
Diabetes		Krebs	
Asthma		Raucher	
Allergien		Sonstiges	

Kinderkrankheiten / wann	
Windpocken	Scharlach Masern
Keuchhusten	RSV andere

schwere oder chronische Erkrankungen / Operationen	
1.	
2.	

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	
1.	Dosierung
2.	Dosierung

Trägt Ihr Kind eine Brille oder benötigt es andere Hilfsmittel?	

Ist Ihr Kind in therapeutischer Behandlung?	(Bsp: Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, SPZ)

Schule / Kita:	
----------------	--

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 Patienten oder eines
Sorgeberechtigten

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 Patienten oder eines
Sorgeberechtigten

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

Ihr Praxisteam