

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin MVZ Poliklinik West III | Zwickau

Anamnesebogen und Einwilligungserklärungen

Liebe Eltern,

im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes bieten wir Ihnen Leistungen an, die der optimalen Behandlung Ihres Kindes und Ihrer Information dienen. Zur Erbringung dieser Leistungen benötigen wir Ihre Einwilligung in die damit verbundene Verarbeitung der personenbezogenen Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören.

Ihnen steht frei ob Sie eine, keine oder alle Einwilligungserklärungen abgeben. Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und unabhängig von der Behandlung Ihres Kindes. Sie können die Einwilligungen jederzeit einzeln oder gemeinsam mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bei Rückfragen steht Ihnen das Praxispersonal sehr gern zur Verfügung.

Angaben zum Kind	
Name:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse (falls Versichertenkarte nicht dabei):	

Angaben zu den Sorgeberechtigten	
Sorgeberechtigter 1	Sorgeberechtigter 2
Mutter Vater Sonstige Person:	Mutter Vater Sonstige Person:
Name, Vorname, Adresse:	Name, Vorname, Adresse
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Tel.:	Tel.:
Handy:	Handy:
E-Mail:	E-Mail:
Beruf:	Beruf:

Angaben zu Geschwistern	
1.	2.
3.	4.

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

MVZ Poliklinik West III | Zwickau

Geburtsort:	Schwangerschaftswoche:
Geburtsgewicht:	Art der Geburt (spontan/Kaiserschnitt):

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen/ Vorerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn ja, welche?</i>

Ist Ihr Kind bereits operiert worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn ja, wann und woran?</i>

Sind bei Ihrem Kind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn ja, welche?</i>

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn ja, welche?</i>

Ist Ihr Kind nach den Empfehlungen der STIKO geimpft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn nein, möchten Sie zu Impfungen beraten werden?</i>

Befand sich Ihr Kind schon einmal in einer anderen Therapie (Logopädie/ Ergotherapie/ Psychotherapie ...) oder befindet es sich derzeit in einer Therapie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn ja, welche und wo ?</i>

Geht Ihr Kind in den Kindergarten/ Schule? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn Schule: welche Schulform, welche Klasse?</i>

Gibt es in der näheren Familie (Eltern/ Geschwister) chronische Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn ja, welche?</i>

Wenn Kinderarztwechsel: Wer war der bisherige Kinderarzt?
--

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
MVZ Poliklinik West III | Zwickau

Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern zu behandlungszwecken.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Mein Kinderarzt wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich entbinde den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung für die Abholung von patientenbezogenen Daten durch namentlich benannte Personen.

- Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen personenbezogene Daten (z.B. Befunde, Überweisungen, Rezepte, Entschuldigungen/ Atteste für Schule und Kindergarten) in der Praxis abholen:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten