

Liebe Patienten,

Stand: 6/19

Wir freuen uns sehr, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und mit ihrem Kind in unsere Praxis kommen. Um eine gezielte und bessere Zusammenarbeit zu ermöglichen, haben wir hier noch einige Fragen an Sie.

**Allgemeine Informationen über das Kind**

Vor.- und Nachname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Straße, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail (Eltern) \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Geschwister \_\_\_\_\_  
Eltern:  verheiratet  unverheiratet  zusammenlebend  alleinerziehend  
Beruf der Mutter \_\_\_\_\_ des Vaters \_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per E-Mail oder über **unsere Praxis-App** über Neuigkeiten (Impfungen/Vorsorgen etc.) informieren?  Ja  Nein

Mit Gruppenliste einverstanden?  Ja  Nein

**Falls privat versichert:** Name der Privatversicherung: \_\_\_\_\_

Vor.- und Nachname des Versicherten: \_\_\_\_\_

**Falls Adresse abweicht:** Straße und PLZ \_\_\_\_\_

**Bei Säuglingen:**

**Schwangerschaft und Geburt:**

Zahl der vorausgegangenen Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft: normal  Probleme  Welche? \_\_\_\_\_  
o Größe / Gewicht / Kopfumfang \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Bei Wechselpatienten:**

**Anamnese:**

Kindergarten  Ja  Nein  Schule: \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Unfälle? \_\_\_\_\_

Allergien? Welche? \_\_\_\_\_

Bisherige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen? \_\_\_\_\_

(Schul)Probleme? \_\_\_\_\_

Bisherige Therapien?  Logopädie  Ergotherapie  Krankengymnastik

Dauermedikamente? \_\_\_\_\_

Bisheriger Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind die Windpocken?  Ja  Nein  2 x geimpft

Hausarztvertrag?  Ja  Nein

.....

Datum, Unterschrift



## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

---

(Vorname, Name)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dres. Burow/Braun/Wörner-Heilbrunner meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

### Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)