

Angaben zu Geschwistern

Name(n), Alter:

Geburtsort:	Schwangerschaftswoche:
Geburtsgewicht:	Art der Geburt:

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen/ Vorerkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind bereits operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, wann und woran?

Sind bei Ihrem Kind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind nach den Impfeempfehlungen der STIKO geimpft? Ja Nein
Wenn nein, möchten Sie zu Impfungen beraten werden? Ja Nein

Befand sich Ihr Kind schon einmal in einer anderen Therapie (Logopädie/ Ergotherapie/ Psychotherapie, etc.)
oder befindet sich derzeit in Therapie? Ja Nein
Wenn ja, in welcher?

Geht Ihr Kind in den Kindergarten/ Schule? Ja Nein
wenn Schule: welche Schulform/ Klasse?

Gibt es in der näheren Familie (Eltern, Geschwister) chronische Erkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Name: _____

Bei Kinderarztwechsel: Wer war der bisherige Kinderarzt?

Hier ist Platz für weitere Anmerkungen und Wünsche:

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 patientenbezogene Daten (z.B. Befunde, Überweisungen, Rezepte, Entschuldigungen/Atteste für Schule und Kindergarten) in der Praxis abholen:

Einwilligungserklärung Recall

Ich bin damit einverstanden (Zutreffendes bitte ankreuzen und Kontaktdaten einfügen), dass mich die Arztpraxis über ...

Brief/Karte: _____

E-Mail: _____

SMS: _____

Telefon: _____

an Termine für anstehende Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnert.

Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Name: _____

