

Fragebogen:

Um Ihrem Kind eine umfangreiche medizinische Versorgung zu gewährleisten bitten wir Sie um folgende Daten:

Name/Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse, Postleitzahl:

Geburtsgewicht:

Mehrlingsgeburt(Ja/Nein):

Geburtsklinik:

Entbindungsart(z.b. Sectio, Spontan, Zange etc.):

Entbindung in welcher Schwangerschaftswoche:

Anzahl Geschwisterkinder in der Familie(evtl. Name):

Wie viele Personen leben regulär im Haushalt:

Telefonnummer(ggf. auch dienstl.):

Email-Adresse:

Einverständniserklärung Recall:

Kindereinrichtung/Schule (ggf. wann geplant):

Krankenkasse:

Versicherter (Name):

Kinderkrankheiten:

Eltern (Name, ggf. Geb.-Datum):

Arbeitsstelle:

Raucher in der Familie (Ja/ Nein):

Vorbehandelnder Arzt:

Mitbehandelnde Ärzte/Kliniken:

Unverträglichkeiten bzw. Asthma in der Familie:

Bekannte Allergien/Medikamentenunverträglichkeit:

Unfälle/Operationen:

Wurden Sie bereits bei einem anderen Kinderarzt abgelehnt?

Wenn Ja, von welcher Praxis :

Bitte legen Sie auch den Impfausweis Ihres Kindes vor.

Ich bin mit der medizinischen Betreuung meines Kindes in der Gemeinschaftspraxis

Lange/Hacker einverstanden:

Datum/Ort:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung
von Patientendaten

Name:

Die **Patienteninformation unserer Praxis zum Datenschutz** habe ich entsprechend der
Auslage zur Kenntnis genommen.

Über den Umfang und die Art der zu speichernden Daten sowie die Rechtsgrundlagen bin ich
ausreichend unterrichtet.

**Ich willige ein, dass meine Patientendaten bzw. die meines Kindes durch die Ärzte und
Mitarbeiterinnen der Praxis erhoben und verarbeitet werden.**

einverstanden

nicht einverstanden

Mit der Übermittlung meiner Patientendaten bzw. die meines Kindes

an meinen **Hausarzt**

einverstanden

nicht einverstanden

an **überweisende oder weiterbehandelnde Ärzte** bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Dresden, den

Unterschrift