

## AUFNAHMEBOGEN für Kinder und Jugendliche

Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

**Name** ..... **Vorname** .....

Geburtsdatum .....

Telefon .....

Mobil .....

Email .....

**1. Aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_

**2. Allergien (Medikamente/Antibiotika):** \_\_\_\_\_

**3. Medizinische Anamnese:**

- Kinderarzt: \_\_\_\_\_
- In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? \_\_\_\_\_
- Raucher in Familie ? Ja/Nein \*
- Ist Ihr Kind Brillenträger ? Ja/Nein
- Wurde Ihr Kind geimpft? Bitte Ausweis vorlegen Ja/Nein
- Welche Kinderkrankheiten sind aufgetreten? \_\_\_\_\_
- Befand sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung ? Ja/Nein
  - In welcher und weshalb? \_\_\_\_\_
- Leidet Ihr Kind an einer schwerwiegenden Erkrankung? Ja/Nein
  - Welcher? \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja/Nein
  - Welche? \_\_\_\_\_
- Hatte Ihr Kind eine Operation? Ja/Nein
  - Welche? \_\_\_\_\_
- Lag Ihr Kind bereits im Krankenhaus? Ja/Nein
  - Weshalb? \_\_\_\_\_
- Befand sich Ihr Kind in Behandlung (Physio-, Ergo- oder Logopädie)? Ja/Nein
  - Welche? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden !**

\* Zutreffendes bitte umkreisen

#### 4. Soziale Anamnese:

- Name des Vater & Beruf: \_\_\_\_\_
- Name der Mutter & Beruf: \_\_\_\_\_
- Geschwister? \_\_\_\_\_
- Besonderheiten der Geschwister? \_\_\_\_\_
- Welcher Kindergarten? \_\_\_\_\_
- Welche Schule? \_\_\_\_\_

#### 5. Zusatzfragen für Jugendliche:

- Rauchst Du? Ja/Nein
- Trinkst Du regelmäßig Alkohol? Ja/Nein
- Treibst Du Sport? Ja/Nein

#### 6. Zusatzfragen für Mädchen:

- Hast Du Deine Regelblutung? Ja/Nein
  - Seit wann?
  - Nimmst du die Pille? Ja/Nein

#### **Einverständnis zur Informationsweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten oder Kostenträger, übermittelt werden.

#### **Einverständnis für Erinnerung von Früherkennungsuntersuchungen, DMP Programmen oder Impfungen**

Hiermit willige ich ein, dass mich meine Arztpraxis mittels Telefon, E-Mail oder Post zum Zwecke der Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, DMP Programmen oder Impfungen oder ähnlichem kontaktieren darf.

#### **Terminabsage**

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, würden wir Sie darum bitten, den Termin rechtzeitig abzusagen. Wir erlauben uns ansonsten Ihnen das Ausfallshonorar in Höhe von 35 Euro in Rechnung zu stellen.

---

Datum

Unterschrift