

Aufnahmebogen für Kinder und Jugendliche

Persönliche Daten	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Wohnort	
Kontaktdaten	Telefon: _____ Mobil: _____ Mail: _____
Krankenkasse	☐ Gesetzliche Krankenkasse, Name der Krankenkasse: ☐ Private Krankenkasse, Name der Krankenkasse: Name & Anschrift des Rechnungsempfängers (nur bei Privatpatienten):
Kinderarzt	

Medizinische Anamnese	
Größe in cm	Gewicht in kg
Allergien gegen Medikamente oder Kontrastmittel ?	☐ Ja, und zwar:
In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?	
Ist Ihr Kind Brillenträger?	☐ Ja ☐ Nein
Wurde Ihr Kind geimpft ? Bitte legen Sie den Impfausweis vor.	☐ Ja ☐ Nein
Welche Kinderkrankheiten sind bei Ihrem Kind aufgetreten?	☐ Ja ☐ Nein
Befand sich Ihr Kind in fachärztlicher Behandlung ?	☐ Ja ☐ Nein
Leidet Ihr Kind an einer schwerwiegenden Erkrankung ?	☐ Ja ☐ Nein
Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	☐ Ja ☐ Nein
Hatte Ihr Kind eine Operation?	☐ Ja ☐ Nein
Befand sich Ihr Kind in Behandlung? (Physio-, Ergo-, Psychotherapie)	☐ Ja ☐ Nein

Soziale Anamnese

Name der Mutter & Beruf	
Name des Vaters & Beruf	
Geschwister ?	
Besonderheiten der Geschwister ?	
Name Kindergarten/Schule	

Zusatzfragen für Jugendliche

Rauchst Du ?	☐ Ja ☐ Nein
Trinkst Du regelmäßig Alkohol?	☐ Ja ☐ Nein
Treibst Du außerschulischen Sport?	☐ Ja ☐ Nein

Zusatzfragen für Mädchen

Hast Du Deine Regelblutung?	☐ Ja ☐ Nein
Nimmst Du die Pille ?	☐ Ja ☐ Nein

Einverständnis zur Kontaktaufnahme

Hiermit willige ich ein, dass ich mittels Telefon, E-Mail oder Post zum Zwecke der Terminerinnerung oder Rückfragen oder anderweitigem Klärungsbedarf durch die Praxis Dres. Wagner kontaktiert werden darf.

Terminabsage

Wenn Sie Termine nicht wahrnehmen können, sagen Sie diese bitte rechtzeitig ab. Wenn Termine weniger als 24 Stunden zuvor abgesagt werden oder Sie nicht zum Termin erscheinen, erlauben wir uns, Ihnen ein Ausfallshonorar in Höhe von **50 Euro** in Rechnung zu stellen.

Bitte bringen Sie auch Ihren **Impfausweis** mit !

Datum

Unterschrift

Medikamentenplan

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Angaben über Ihre Medikamenteneinnahme sind für uns äußerst wichtig. Bitte notieren Sie im unten stehenden Plan jedes Medikament mit genauer Angabe von **Medikamentenname, Dosierung und Einnahmezeit.**

Medikament	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bitte bringen Sie auch Ihren **Impfausweis** mit !

Einwilligungserklärung

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Unterschrift auf diesem Formular willigen Sie ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Dr. Wagner, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf.

2. Berechtigung Dritter

Darüberhinaus haben Sie die Möglichkeit einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an die wir Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Hierzu zählen zum Beispiel Rezepte, Überweisungen, Verordnungen oder Befundergebnisse.

Person 1 (Name, Vorname, Geb.datum)	
Person 2 (Name, Vorname, Geb.datum)	
Person 3 (Name, Vorname, Geb.datum)	

Ich bin zudem damit einverstanden, dass die von mir beauftragte **Apotheke oder Sozialdienste** für mich Rezepte, Medikationspläne und Verordnungen abholen.

3. Widerruf

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift