

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin

Pestalozzistr. 72 - 04178 Leipzig

Tel. 0341 446830

[info@kinderarztpraxis-le.de](mailto:info@kinderarztpraxis-le.de)

[www.kinderarztpraxis-le.de](http://www.kinderarztpraxis-le.de)

Liebe kleinen und großen Patienten, sehr geehrte Eltern!

Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis.

Um eine mögliche Aufnahme als Patient unserer Praxis zu prüfen, bitten wir Sie um folgende Angaben.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und korrekt. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an eine Mitarbeiterin an der Anmeldung.

**Personalien:**

Patient:

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Versichert bei:

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Mutter:

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
erlernter Beruf aktuelle Tätigkeit

Vater:

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
erlernter Beruf aktuelle Tätigkeit

Wer hat das Sorgerecht?

\_\_\_\_\_

Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Der Patient ist das

1. / 2. / 3. ... Kind von: 1 / 2 / 3 / .... Kindern

Geschwister (Vorname und Alter):

\_\_\_\_\_

**Vorgeschichte:**

Bisheriger Hausarzt?

Name:

Adresse:

Arztwechsel?

Grund ?

Umzug? Von:

Wann?

**Vorerkrankungen:**

keine

ja, welche:

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente:**  nein  
 ja, welche:

**Mitbehandelnde Ärzte:**  keine  
 ja, welche:

**Impfstatus:** (gemäß STIKO/SIKO):  nein  geplant  vollständig

Migrationshintergrund der Familie/Nationalität: \_\_\_\_\_

Möchten Sie über fällige Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen informiert werden?  
Ja (nur per Mail möglich)  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Wir werden Sie über einen möglichen Termin informieren.**

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen sämtliche Mitarbeiter der Praxis.

## Information über Terminvereinbarungen

Hiermit erklären Sie sich mit folgender

### ***Vereinbarung***

einverstanden:

Bei Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins ohne Absage, mindestens 24 Stunden zuvor, ist die Kinderarztpraxis Woischnik & Schering berechtigt Ihnen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von **20,00 €** zu berechnen.

Name des Kindes:

geboren am:

Mir ist bekannt, dass die Kinderarztpraxis Woischnik & Schering die Erstellung der Privatliquidation auf die PVS Sachsen übertragen darf. Die PVS Sachsen ist eine berufsständige Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zum Datenschutz. Die Kinderarztpraxis Woischnik & Schering tritt die Honoraranforderung an die PVS ab (§39 8BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei.

Durch meine Unterschrift erkläre ich die Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbringer – sowie stimme der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zu. Die PVS ist mein Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen der Praxis. Die PVS unterliegt internen Weisungen der Praxis.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Ich habe das Recht, mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Sollte mein Kind plötzlich erkranken, wird nach Rücksprache mit der Kinderarztpraxis, das weitere Vorgehen besprochen.

---

Datum, Unterschrift des gesetzlich bevollmächtigten Vertreters