



# Kinder ARZTPRAXIS

WOISCHNIK & SCHERING

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.

Zur Anlage der persönlichen Behandlungskartei Ihres Kindes und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige 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:

War der Verlauf der Schwangerschaft normal?

- Ja
- Nein, Besonderheiten? \_\_\_\_\_

War der Verlauf der Geburt normal?

- Ja
- Nein, Besonderheiten? \_\_\_\_\_

(z.B. Kaiserschnitt, eingeleitete Geburt, Beckenendlage o. ä.)

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Geburtsklinik: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_

Hebamme: \_\_\_\_\_

**Hatte ein Familienmitglied (insbesondere Eltern, Geschwister) früher oder leidet derzeit jemand an chronische Erkrankungen, Operationen, stationäre Behandlungen?** (zum Beispiel: Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lungenerkrankung, Asthma, Nierenerkrankung, Bluterkrankung, Blutgerinnungsstörung, Stoffwechselerkrankung)

Nimmt ein Familienmitglied regelmäßig Medikamente ein?  
(bitte angeben wer, was und weswegen?)

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

Möchten Sie über aktuelle Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen, die fällig sind informiert werden?

- Ja (nur per Mail möglich)                       Nein

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

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift