

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? _____

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