

Herzlich Willkommen in unserer Kinder- und Jugendarztpraxis!
Zur Aufnahme Ihres Kindes benötigen wir folgende Angaben

Kind:

Name: _____ Vorname: _____ geb.am _____
_____ , _____

Anschrift:

Telefon Festnetz:

Mobiltelefon:

versichert bei:

Name: _____ Vorname: _____ geb.am _____
_____ , _____

Anschrift (wenn von o.g. Adresse abweichend):

Sorgeberechtigt sind: Eltern Vater Mutter sonstige:

Wohnort des Kindes: Eltern Vater Mutter sonstige:

Besucht Ihr Kind eine Tagesbetreuung (Kita, Tagesmutter, Tagesvater, Schule)?

nein

ja: Name und Anschrift:

Angaben zur Familienvorgeschichte:

Welche der folgenden Krankheiten sind in der Familie aufgetreten?

Asthma bronchiale

Sehbehinderung oder Blindheit

Neurodermitis

Hörbehinderung oder Taubheit

Krebs

Psychische Erkrankungen

Rheuma

Diabetes

Epilepsie

sonstige:

Allergien, welche:

Frühere Erkrankungen:

Welche der folgenden Erkrankungen hat das Kind schon durchgemacht (Zeitpunkt)?

Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken,

Tuberkulose, Unfall mit Schädelverletzung, Lungenentzündung,

Ohrenleiden, Nasennebenhöhlenentzündungen,

Sonstige:

War ihr Kind bereits im Krankenhaus?

nein ja, Zeitpunkt:

Wo:

Fanden bereits Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen statt?

nein

ja Zeitpunkt:

Wo:

bitte wenden →

Schweigepflichtsentbindung

Liebe Eltern,

Unsere Kinder- und Jugendarztpraxis ist eine Praxisgemeinschaft sowie eine Ausbildungspraxis. Sie schließen bei der Anmeldung ihres Kindes einen Behandlungsvertrag entweder mit Dr. Katscher oder Dr. Hauenherm ab. Im Vertretungsfall steht Ihnen gern die jeweils andere Ärztin zur Verfügung.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass im jeweiligen Dokumentationssystem relevante medizinische Informationen Ihres Kindes, z. B. wichtige Diagnosen, bereits verordnete Medikamente, Laborauswertungen, Facharzt- und Krankenhausberichte, eingesehen werden dürfen, die zur weiteren Behandlung und dem schnellen Genesungsprozess hilfreich sind.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Desweiteren benötigen wir Ihre Einwilligung zu folgenden Punkten, kreuzen Sie entsprechend an.

1. zur Datenübermittlung (= Zusendung eines Arztbriefes) an den uns von Ihnen genannten Hausarzt (der in der Regel den Überweisungsschein an uns ausgestellt hat).

ja, ich bin einverstanden

nein, ich bin nicht einverstanden

2. zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle der Gesundheit ihres Kindes Untersuchungsergebnisse benötigen.

ja, ich bin einverstanden

nein, ich bin nicht einverstanden

3. Laboruntersuchungen mit den Personalien an das MVZ Labor Leipzig Dr. Reising- Ackermann & Kollegen zu senden, da bestimmte Untersuchungen in unserer nicht Praxis durchgeführt werden können.

ja, ich bin einverstanden

nein, ich bin nicht einverstanden

4. die Abholung von Rezepten/Überweisungen/Laborbefunde durch Dritte erfolgen kann, wenn Sie persönlich verhindert sein sollten:

ja, folgende Personen dürfen oben genannte Unterlagen abholen:

Angabe des /der Namen mit Verwandtschaftsgrad (z.B. Frau Müller - Oma):

nein, ich bin nicht einverstanden

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. **Unsere "Patienteninformation zum Datenschutz" ist im Eingangsbereich (Bilderrahmen an der Wand vor Diskretionszone) nachzulesen. Auf Wunsch kann Sie Ihnen ausgedruckt und ausgehändigt werden. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall an eine Mitarbeiterin.**

Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden:

Leipzig, den

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters