



### Anamnesebogen

Name, Vorname, Geb.datum des Kindes:

Anschrift :

Telefonnummer :

**E-Mail-Adresse :**

Krankenversicherung des Kindes :

Möchten Sie an Termine telefonisch oder per Email erinnert werden?  Ja  nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen von Anschrift und Telefonnummer auf diesem Formular mit!

**Wir möchten darauf hinweisen, dass bei fehlender Absage (mind. 48 h im Voraus) einer längeren Untersuchung, wie z.B. Vorsorge oder pneumologische Diagnostik, ein Ausfallhonorar in Höhe von 40€ in Rechnung gestellt wird.**

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? Bestehen bei diesen Besonderheiten?

Name, Vorname des Vaters:

gelernter Beruf:

Name, Vorname der Mutter:

gelernter Beruf:

Sorgerecht:  gemeinsam  Mutter  Vater

Wurde Ihr Kind altersentsprechend geimpft? (Bitte Impfausweis vorlegen)  Ja  nein

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen?  Ja  nein

Bekommt Ihr Kind ständig Medikamente? Welche?  Ja  nein

Hatte Ihr Kind schon eine Operation? Was und Wann?  Ja  nein

---

Unterschrift des Sorgeberechtigten

### Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten praxisintern von allen Mitarbeitern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden. Aus dem aushängenden Informationsblatt zum Datenschutz geht deutlich hervor: um welchem Umfang und welche Art meiner Daten es sich handelt; auf welchen Rechtsgrundlagen die Verarbeitung beruht und, dass die Möglichkeit besteht, Widerspruch einzulegen.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und andere Ärzte übermittelt werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und jederzeit ohne Begründung widerrufbar ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Sorgeberechtigten

### Einverständniserklärung zum Datenversand per E-Mail

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail, online-Terminvereinbarung) in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden. In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Praxis hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten meines Kindes per E-Mail an mich selbst (Sorgeberechtigte), nachbehandelnde Ärzte, Verrechnungsstellen oder andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen. Ohne mein Einverständnis müsste der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen oder gänzlich unterbleiben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Sorgeberechtigten