

Anamnesebogen

Name, Vorname des Patienten			
Geb.-Datum	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>
			weiblich
Anschrift		PLZ, Ort	
Tel.		E-Mail	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privat Versichert	Kosten- Erstattung	Gesetzlich
Wer ist Erziehungs-Sorgeberechtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beide	Vater	Mutter
Bei wem / über wen ist das Kind mitversichert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Vater	Mutter
Name des Hauptversicherten		Geb.-Datum	
Rechnungsadresse, falls abweichend		PLZ, Ort	
Beruf der Eltern			
Anzahl, Alter der Geschwister			
Angaben zur Geburt			
Geburtsklinik: _____			
SSW _____ Geburtsgewicht _____ Geburtsgröße _____			
Geburtsmodus:			
<input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Glocke <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Zange			
Mein Kind besucht zurzeit:		Durchgemachte Krankheiten:	
<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Grundschule		<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Mumps	
<input type="checkbox"/> Oberschule <input type="checkbox"/> Ausbildung o.ä.		<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Scharlach	
Andere schwere Erkrankungen:			
Aktuell regelmäßig eingenommene Medikamente:		Menge/ Dosierung pro Tag:	
Erkrankungen innerhalb der Familie:			

Behandlungsvertrag

Schweigepflicht/Datenschutz:

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.
2. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt – ist der Hausarzt/ Kinderarzt			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Mit Bericht einverstanden	
					Ja	Nein
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name	Fachgebiet	Ort				
Gewünschte Untersuchung						

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden §73 Abs. 1 b SGB V

Bitte ankreuzen!

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungsbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, die Informationen an meinem Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Informationen zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Nein, ich bin damit nicht einverstanden!
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/ Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungsbringer, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/ Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Nein, ich bin damit nicht einverstanden!

Ort, Datum

Unterschrift