

Anamnesebogen

Name, Vorname des Patienten			
Geb.-Datum	☐ männlich ☐ weiblich		
Anschrift		PLZ, Ort	
Telefonnummer			
E-Mail	☐ Privat Versichert	☐ Kosten- Erstattung	☐ Gesetzlich
Krankenkasse			
Wer ist Erziehungs-/Sorgeberechtigt?	☐ Beide	☐ Vater	☐ Mutter
Bei wem / über wen ist das Kind mitversichert?		☐ 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:			
☐ Spontan ☐ Glocke ☐ Kaiserschnitt ☐ Zange			
Mein Kind besucht zurzeit:		Durchgemachte Krankheiten:	
☐ Kindergarten ☐ Grundschule ☐ Oberschule ☐ Ausbildung o.ä.		☐ Masern ☐ Windpocken ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Scharlach	
Andere schwere Erkrankungen:			
Aktuelle Medikamente:		Menge/ Dosierung pro Tag:	
Erkrankungen innerhalb der Familie:			

> > Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite < <

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 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!

☐ Überweisender Arzt – ist der Hausarzt/ Kinderarzt			☐ ja ☐ nein		Mit Bericht einverstanden
Name	Fachgebiet	Ort	Ja ☐	Nein ☐	
Gewünschte Untersuchung					

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

Bitte ankreuzen!

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

☐ Ja, ich bin damit einverstanden!

☐ Nein, ich bin damit nicht einverstanden!

Ich bin einverstanden, per SMS/ Mail an einen anstehenden Termin in der Praxis erinnert zu werden.

☐ Ja, ich bin damit einverstanden!

☐ Nein, ich bin damit nicht einverstanden!

Terminvereinbarungen: Nicht rechtzeitig abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine können kostenpflichtig sein. Die jeweils gültigen Terminbedingungen sind auf unserer Website sowie bei der Terminbuchung einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift

