

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	
Name	Fachgebiet	Ort	Mit Bericht einverstanden 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



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U2

Name _____

Geburtsdatum _____

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die heutige Vorsorgeuntersuchung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht.

War der Schwangerschaftsverlauf unauffällig?

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, welche Probleme gab es?

Verlief die Geburt komplikationsfrei?

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, welche Komplikationen gab es?

Werden Sie von einer Hebamme betreut?

☐ ja ☐ nein

Wird Ihr Kind gestillt?

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, welche Formula Nahrung füttern Sie?

Trinkt ihr Kind gut?

☐ ja ☐ nein

Sind die Windeln immer gut nass?

☐ ja ☐ nein

Wurde bereits ein Hüftultraschall durchgeführt?

☐ ja ☐ nein

Erhält Ihr Kind Vitamin D?

☐ ja ☐ nein

Schaut Ihr Kind aufmerksam in Gesichter naher Bindungspersonen?

☐ ja ☐ nein

Folgt Ihr Kind einem Gegenstand mit den Augen nach beiden Seiten mindestens 45°?

☐ ja ☐ nein

Werden Sie von Familie/Freunden unterstützt?

☐ ja ☐ nein

Fühlten Sie sich seit der Geburt glücklich und zufrieden?

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, was bereitet Ihnen Sorgen?

Lässt sich Ihr Kind beruhigen, wenn es schreit?

☐ ja ☐ nein

Ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Datum: _____

Einverständniserklärung zu Impfungen

PATIENT: _____ **geb.:** _____

Mein Arzt/ meine Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Er/ Sie hat mir den Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Er/Sie hat mich ferner über die Art und Weise der Durchführung der Impfung, über die Art des Impfstoffes und über Beginn und Dauer des Impfschutzes informiert sowie darüber, wie ich mich nach der Impfung verhalten soll.

Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte(r) meines Kindes mit den unten bezeichneten Impfungen/Impfkombinationen (angekreuzt) einverstanden.

Impfungen zur Grundimmunisierung (aktuelle STIKO-Empfehlung)

☒ Diphtherie - D	☒ RSV (Beyfortus®)
☒ Pertussis - P (Keuchhusten)	☒ Rotavirus (Schluckimpfung)
☒ Tetanus – T (Wundstarrkrampf)	☒ Pneumokokken
☒ Polio (Kinderlähmung)	☒ Masern-Mumps-Röteln (MMR)
☒ Haemophilus Influenza Typ B (HiB)	☒ Varizellen (Windpocken)
☒ Hepatitis B	☒ Meningokokken B

Jugendimpfungen (aktuelle STIKO-Empfehlung)

☐ D-P-T-Polio (Repevax®) – 4-fach	☐ HPV (Humane Papillomaviren)
☐ Meningokokken (ACWY)	☐

Weitere mögliche Impfungen

☐ FSME (Zeckenenzephalitis)	☐ Influenza (Virusgrippe)
☐ Corona / Covid-19	☐ Hepatitis A
☐	☐

Anmerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift des Impflings bzw. Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zur ersten Impfung unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit den Impfungen einverstanden sind.

Weiterführende Informationen zu den Impfungen finden Sie auch auf der Internetseite der STIKO unter www.RKI.de.

