



Einwilligungserklärung zum Datenschutz mit anderen Leistungserbringern zu Behandlungszwecken

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kinderärztin Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Meine Kinderärztin wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden. Ich entbinde die Kinderärztin und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung für die Abholung von patientenbezogenen Daten durch namentlich benannte Personen

Ich bin damit einverstanden, dass folgenden Personen patientenbezogene Daten (z.B. Befunde, Überweisungen, Rezepte, Entschuldigungen/Atteste für die Schule und Kindergarten) in der Praxis abholen:



Einwilligungserklärung Recall

Ich bin damit einverstanden (Zutreffendes bitte ankreuzen und Kontaktdaten einfügen)

Dass mich die Arztpraxis über...

Brief/

Karte: _____ E-

Mail: _____

SMS: _____

Telefon: _____

an Termine für anstehende Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnert.

Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich erhalten

Anamnesebogen und Einwilligungserklärung

Liebe Eltern,

zur bestmöglichen Behandlung Ihres Kindes möchten wir Ihnen verschiedene Leistungen anbieten. Damit wir diese Leistungen erbringen und Sie umfassend informieren können, benötigen wir Ihre Einwilligung zur Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten – hierzu zählen auch Gesundheitsdaten.

Sie entscheiden frei, ob Sie eine Einwilligung ganz, teilweise oder gar nicht erteilen möchten. Die Zustimmung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die medizinische Versorgung Ihres Kindes. Bereits erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit – ganz oder teilweise – mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Angaben zum Kind

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Krankenkasse:



Geburtsort:	Schwangerschaftswoche:
Geburtsgewicht:	Art der Geburt: <input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> Kaiserschnitt

Angaben zu den Sorgeberechtigten	
Sorgeberechtigter 1	Sorgeberechtigter 2
Mutter: <input type="radio"/> Vater: <input type="radio"/> Sonstige Personen:	Mutter: <input type="radio"/> Vater: <input type="radio"/> Sonstige Personen:
Name, Vorname, Adresse:	Name, Vorname, Adresse:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Tel.:	Tel.:
Handy:	Handy:
Email*:	Email*:
Beruf*:	Beruf*

*Freiwillige Angaben

Angaben zu Geschwistern	
1.	2.
3.	4.
Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen/Vorerkrankungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<i>wenn ja, welche?</i>	

Ist Ihr Kind bereits operiert worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn ja, wann und woran?</i>	



Sind bei Ihrem Kind Allergien o. Unverträglich. bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind nach den Impfeempfehlung der Stiko geimpft? ja nein

wenn nein, möchten Sie zu Impfungen beraten werden?

**Befand sich Ihr Kind schon mal in einer Therapie (Logo.-/Ergo.-/ Physio.-/
Psychotherapie oder befindet sich derzeit in Therapie?** ja nein

wenn ja, welche?

Geht Ihr Kind in den Kindergarten/Schule? ja nein

wenn Schule: welche Schulform Klasse?

Gibt es in der nähren Familie (Eltern, Geschwister) chron. Erkrankungen?

ja nein

wenn ja, welche?

Bei Kinderarztwechsel: Wer war der bisherige Kinderarzt?