Patienten-Fragebogen für Kinder und Säuglinge

Sehr geehrte Eltern,

wir begrüßen Sie und Ihr Kind herzlich in unserer Praxis und bitten Sie, im Interesse der Sicherheit Ihres Kindes diesen Fragebogen auszufüllen.
Sollten Sie beim Ausfüllen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Vor- und Zuname: ..... Geburts-Datum: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: dienstlich: ..... privat: .....

E-Mail-Adresse: .....

Krankenversicherung: ..... Hauptversicherter: .....
Geburts-Datum: .....

Name des Kinderarztes: ..... Geburtsklinik: .....

Momentane Größe: ..... Momentanes Gewicht: .....

1. Sind Ihnen vererbbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?
   nein ..... ja ..... welche?

2. Wegen welcher Krankheiten ist oder war Ihr Kind in Behandlung?

3. Nennen Sie uns bitte Operationen, die früher bei Ihrem Kind durchgeführt wurden:

4. Welche Röntgenaufnahmen sind bei Ihrem Kind in den letzten Jahren gemacht worden?

bitte wenden !!

5. Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein:

6. Hatte es schon einmal eine unerwünschte Reaktion nach Einnahme eines Medikamentes?
   nein ..... ja ..... nach welchem?

7. Leidet es an einer Allergie?
   nein ..... ja ..... an welcher?

8. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

durch Empfehlung des Kinderarztes	.....
eines anderen Arztes	.....
von Freunden, Bekannten, Familienangehörigen	.....
über das Internet	.....
sonstiges	.....

Gemäß §73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnder Arzt Befunde und Behandlungsdaten von meinem Kind bei weiteren Ärzten/Krankenhäusern einholt und dass er erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt (Datenübermittlung).
Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. (ggf. bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, über neue Therapiemöglichkeiten und notwendige Kontrolltermine informiert zu werden. (ggf. bitte streichen)

Datum: ..... Unterschrift: .....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe