

Kinderarztpraxis Rahmig



Liebe Eltern und liebe Patienten,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. In Vorbereitung auf unseren ersten Termin bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Diese Angaben sind selbstverständlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name, Vorname(n):	<input type="text"/>		
geboren am:	<input type="text"/>	in:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> divers
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>		
Anschrift:	<input type="text"/>		
Das Kind lebt bei:	<input type="checkbox"/> beiden Eltern	oder bei:	<input type="text"/>
Gesetzlicher Vertreter:	<input type="radio"/> beide Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater
	oder anderer: <input type="text"/>		
Krankenkasse:	<input type="text"/>		
Name Hauptversicherter:	<input type="text"/>	geboren am:	<input type="text"/>

Angaben zu 1. Elternteil

Name, Vorname(n):	<input type="text"/>
geboren am:	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>
Anschrift (falls abweichend):	<input type="text"/>
Berufstätig als:	<input type="text"/>
Chronische Erkrankungen/Allergien:	<input type="text"/>
Körpergröße:	<input type="text"/>

Angaben zu 2. Elternteil

Name, Vorname(n):	<input type="text"/>
geboren am:	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>
Anschrift (falls abweichend):	<input type="text"/>
Berufstätig als:	<input type="text"/>
Chronische Erkrankungen/Allergien:	<input type="text"/>
Körpergröße:	<input type="text"/>

Kinderarztpraxis Rahmig



Sind die Eltern: verheiratet zusammen lebend getrennt lebend geschieden verwitwet

Erziehen Sie Ihr(e) Kind(er): zusammen allein als Mutter allein als Vater

oder:

Angaben zu Geschwistern

Name, Vorname	Geboren am:	Krankheiten/besondere Probleme
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erreichbarkeit

Telefon Elternteil 1:

Telefon Elternteil 2:

E-Mail:

Angaben zu vertretungsberechtigten Personen (falls zutreffend)

Wohngruppe gesetzl. Vormund andere:

Name, Vorname(n):

Anschrift:

Telefon:

Emailadresse:

seit wann:

Angaben zur Sprache

Muttersprache:

Mehrsprachige Erziehung: ja nein

Wenn ja, welche weitere Sprache(n):

Kinderarztpraxis Rahmig



Angaben zur Geburt

Auffälligkeiten: ja nein

Wenn ja, welche:

Schwangerschaftswoche:

Angaben zur bisherigen Entwicklung

Auffälligkeiten: ja nein

Wenn ja, welche:

Angaben zu bisherigen schweren Erkrankungen/chronischen Erkrankungen/Krankenhausaufenthalten

wann	Grund der Behandlung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zu Medikamenten (nur Dauermedikation)

Name und Dosierung	seit wann	Grund
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zu Allergien

Angaben zu Therapien

seit wann und warum

Logopädie	<input type="text"/>
Ergotherapie	<input type="text"/>
Physiotherapie	<input type="text"/>
Psychotherapie	<input type="text"/>
Frühförderung	<input type="text"/>
Integrativplatz	<input type="text"/>

Angaben zur Gemeinschaftseinrichtung

Kita Schule Berufsschule

Name:

der Fragebogen wurde beantwortet von: Mutter Vater
oder:

Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und -verarbeitung

Die Speicherung und Verarbeitung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), welche in der Praxis aushängt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen haben und sich mit diesen einverstanden zeigen.

Ort, Datum, Unterschrift(en) Chemnitz, X