

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

Name, Vorname(n):	<input type="text"/>		
geboren am:	<input type="text"/>	in:	<input type="text"/>
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"/>		
Telefon:	<input type="text"/>		
Email:	<input type="text"/>		
Bekannte 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"/>		
Telefon:	<input type="text"/>		
Email:	<input type="text"/>		
Bekannte Erkrankungen/Allergien:	<input type="text"/>		
Körpergröße:	<input type="text"/>		



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 zur Schwangerschaft

Auffälligkeiten: ja nein

Wenn ja, welche:

Angaben zur Geburt (die Angaben finden Sie im Gelben Heft)

Schwangerschaftswoche	<input type="text"/>
Geburtsgewicht	<input type="text"/>
Geburtslänge	<input type="text"/>
Kopfumfang	<input type="text"/>
Ernährung	<input type="text"/>
Spontangeburt <input type="radio"/>	Kaiserschnitt <input type="radio"/>
Musste Ihr Kind nach der Geburt in der Kinderklinik betreut werden?	<input type="text"/>
Wenn ja, warum?	<input type="text"/>

Angaben zur Sprache

Mehrsprachige Erziehung: ja nein

Wenn ja, welche weitere Sprache(n):

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"/>

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