Anamnesebogen
Kinder- und Jugendmedizin
MVZ Adlershof

Gesundheits-zentrum RECURA

Liebe Eltern,
um Ihr Kind im Rahmen der geplanten Vorstellung optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vor dem ersten Termin so gut wie möglich auszufüllen. Wenn Sie etwas nicht auf Anhieb wissen sollten oder nicht beantworten möchten, lassen Sie die Frage einfach offen. Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig und wir garantieren absolute Vertraulichkeit.

Allgemeine Angaben

Patient: Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____

Mutter: Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf: _____

Vater: Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Beruf: _____

Anschrift: _____

Erziehungsberechtigt: Eltern ( ) Mutter ( ) Vater ( )
Andere: _____
Gibt es Geschwisterkinder, die schon bei uns angemeldet sind? Ja ( ) Nein ( )
Bei wem ist das Kind mitversichert? Mutter ( ) Vater ( )
Andere: _____
Telefon: _____
Email: _____
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert ( ) freiwillig versichert ( ) Privat ( ) Beihilfe ( ) zusatzversichert ( )
Bei Privat versicherten, bitte Anschrift des Rechnungsempfängers:
_____

Vorheriger Kinderarzt: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen in den Allgemeinen Angaben rechtzeitig mit!

Familiäre/ soziale Situation, Erkrankungen etc.

Geschwister: Ja ( ) Nein ( ) wenn ja, wieviele? ( )
Chronische Erkrankungen innerhalb der Familie? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, wer und welche Erkrankung: _____

Geht Ihr Kind in die Kita bzw. Schule? Kita ( ) Schule ( )
Name der Einrichtung: _____
Besonderheiten oder Probleme in der Einrichtung? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, was? (z.B. I-Status)_____

Ist ihr Kind Brillenträger? Ja ( ) Nein ( )
Wurde Ihr Kind geimpft? Ja ( ) Nein ( )
Bitte Impfausweis vorlegen.

Schwangerschaft: Geburtsgewicht: _____
Dauer der Schwangerschaft: ____ Wochen
Besonderheiten in der Schwangerschaft? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche?_____

Hat Ihr Kind angeborene Erkrankungen? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche? _____

Gibt / gab es Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche? (ggf. Behandlungen)_____

Liegen bei Ihrem Kind Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?
Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, welche? _____

Wurden bei Ihrem Kind Operationen durchgeführt? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, was und wann?_____

Gibt es andere Besonderheiten, die Sie uns mitteilen möchten? Ja ( ) Nein ( )
Wenn ja, was? _____

Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigen

Vielen Dank für Ihre Mühe!
Ihr Team vom MVZ Adlershof

RECURA PRAXIS

Einwilligung in Datenübermittlungen zwischen dem Medizinisches Versorgungszentrum und Hausärzten / sonstigen Vor- / Nach- / Weiterbehandlern / Dritten

Gesundheitszentrum Recura GmbH, Neucoswiger Str. 21, 01640 Coswig
(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

Vorname und Name des Patienten (bitte in Druckbuchstaben):

_____

geboren am:

_____

wohnhaft in:

_____

1. Datenübermittlungen an Hausärzte / sonstige Ärzte / Behandler:

Ich bin damit einverstanden, dass das Medizinische Versorgungszentrum die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt / sonstige Vor-/ Nach-/ Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und/oder Weiterbehandlung übermittelt. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den Hausarzt der Erstellung und Vervollständigung einer durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung.

Meine Einwilligung gilt unabhängig der Versandart sowie ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss von meinem Hausarzt / sonstigen Arzt/ Behandler übernommen wird.

☐ Ja ☐ Nein

2. Anforderung von Daten von Hausärzten / sonstigen Ärzten / Behandlern:

Ich bin damit einverstanden, dass das Medizinische Versorgungszentrum die bei meinem Hausarzt bzw. sonstigen Vorbehandlern/Behandlern vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Medizinische Versorgungszentrum wird die Daten jeweils nur zu den Zwecken verarbeiten, zu denen sie übermittelt worden sind.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann dies möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern/sonstigen Dritten statt. Diese Widerrufserklärung ist an das Medizinische Versorgungszentrum zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser zugeht. Er hat keine Rückwirkung, die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

☐ Ja ☐ Nein

_____
Ort, Datum

_____
Name, Vorname des Patienten in Druckbuchstaben
Unterschrift des Patienten

Falls vorhanden:

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer z.B. Eltern

_____
Name, Vorname des Vertreters in Druckbuchstaben
Unterschrift des Vertreters

_____
Anschrift des Vertreters

_____
Art der Vertretung (gesetzliche Vertretung/Betreuung/Vollmacht/...)