

## Aufnahmefragebogen

**Liebe Eltern**, um Ihr Kind medizinisch umfassend betreuen zu können, benötigen wir einige Informationen. Wir bitten Sie, sich dafür ein wenig Zeit zu nehmen.

Name des Kindes: ..... Geburtsdatum: .....

Geschwister? Ja/Nein ..... gegebenenfalls Alter der Geschwister: .....

Name der Mutter: ..... Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Name des Vaters: ..... Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

getrennt lebend? ..... ja ..... nein

Folgende Sprachen sprechen wir in unserer Familie: .....

Adresse: .....


Tel.Nr.: fest: ..... mobil: ..... Arbeitsstelle: .....

Email: .....

**Erkrankungen die in unserer Familie aufgetreten sind (v.a. Eltern und Großeltern):**

<b>Familienmitglied</b>	<b>Familienmitglied</b>
Allergie:	Asthma:
Herzerkrankung:	Herzinfarkt/Schlaganfall:
Nierenerkrankung:	Krebserkrankung:
Diabetes:	Epilepsie:
Rheuma:	Schilddrüsenerkrankung:
Blutungsneigung:	Blutkrankheit:
Hörstörung:	Immundefekt:
Brillenträger:	
Psychische Erkrankung (z.B. Depression):	
Unverträglichkeiten (Medikamente/Nahrungsmittel):	
Andere (welche):	

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten nach § 73 Abs. 1b SGB V	Kriterium: 2.3.2, Ziel 2	
	Praxis Dres. Sauter/Conzelmann/Herberth	

Ich

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name (Erziehungsberechtigter)

willige ein, dass die Kinder- und Jugendarztpraxis meines/meiner Kindes/Kinder

\_\_\_\_\_  
Vorname(n), Name,(n)

**Dr. med. Sauter, Dr. med. Conzelmann, Dr. med. Herberth  
Bernhäuserstraße 8, 70771 Leinfelden-Echterdingen (JUKIMED)**

- bei anderen behandelnden Ärzten und Leistungserbringern meines Kindes die betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung meines Kindes erhebt, verarbeitet und nutzt.
- Dass die Praxis weiterhin Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung übermittelt.

Weitere behandelnde Ärzte meines Kindes sind:

\_\_\_\_\_

Ich bin außerdem damit einverstanden dass die Kinder- und Jugendarztpraxis

**Dr. med. Sauter, Dr. med. Conzelmann, Dr. med. Herberth  
Bernhäuserstraße 8, 70771 Leinfelden-Echterdingen (JUKIMED)**

meine Kontakt-Daten nutzt für

- einen Erinnerungsservice für Termine für mich/mein(e) Kind(er) per Telefon/SMS/Email
- Erinnerung an anstehende Untersuchungen oder Impfungen per Telefon/SMS/Email
- die Zusendung Anfragen, die im Zusammenhang mit einer Behandlung stehen per

- Praxis-App (falls angemeldet) siehe QR-code
- Postbrief
- E-Mail an folgende E-Mailadresse:



\_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Seite 1 von 1	Dokumentenpfad: Einverständniserklärung Datenweitergabe.doc	Erstellt: Dr. T. Sauter Geprüft: Dr. k. Herberth
	Version: 2.0	Freigegeben: Dr. T. Sauter
		31.03.2020

**Gemeinschaftspraxis der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**

Dr. med. Tilo Sauter, Schwerpunkt Neuropädiatrie

Dr. med. Alfred Kuttruf, Schwerpunkt Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut

Bernhäuser Str. 8 – 70771 Echterdingen – Tel: 0711/796025 – Fax: 0711/9905450 – [www.jukimed.de](http://www.jukimed.de) – [praxis@jukimed.de](mailto:praxis@jukimed.de)



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

## Liebe Eltern,

bei der Vorsorgeuntersuchung U3 wird grundsätzlich als bezahlte Vorsorgeleistung eine Ultraschalluntersuchung der Hüfte durchgeführt.

Seit Jahren haben wir bei dieser Gelegenheit zusätzlich auch noch vorsorglich die Nieren der Säuglinge mituntersucht.

Wir halten auch diese Untersuchung für sehr wichtig, um schon im frühen Kindesalter ernsthaften Erkrankungen der Nieren, wie zum Beispiel einen Aufstau der Harnleiter (Nierenabgangsstenose), eine Sackniere (Hydronephrose), eine falsch liegende Niere (z.B. Beckennierte), eine Mehrfachbildung (z.B. Doppelniere), oder eine ganz fehlende Niere auf einer Seite zu erkennen, beziehungsweise auszuschließen.

Nachdem die Krankenkassen diese Untersuchung nicht als Vorsorgeleistung bezahlen, bieten wir diese, als sogenannte „IGEL“ – Leistung an. Diese individuelle Gesundheitsleistung wird mit dem einfachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet .

Wenn Sie diese Untersuchung, die wir Ihnen anbieten und sehr empfehlen, zusätzlich für die Gesundheit Ihres Babies wünschen, kostet Sie das 20,98 €.

Die Bezahlung erfolgt an der Anmeldung nach der Untersuchung bar oder mit EC-Karte. Sie erhalten eine Rechnung.

Ihre Kinder-und Jugendarztpraxis

Wir wünschen diese Untersuchung

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_