

## 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!

# Einwilligungen in die Datenverarbeitung und -übermittlung



Wir freuen uns, dass Sie mit Ihrem Kind unsere Praxis aufsuchen.

Zunächst bitten wir Sie, die üblichen Angaben zu Person auszufüllen bzw. zu kontrollieren.

Wie in den letzten Jahren leider mehr und mehr üblich, müssen wir Sie auch mit den Belangen des europäischen Datenschutzes sowie anderen Einwilligungen behelligen.

Wir haben die Daten Ihres Kindes soweit sie uns vorliegen bereits ausgefüllt; bitte zögern Sie nicht, etwaige Fehler direkt am Tablet zu korrigieren.

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Straße & Nr.:	<input type="text"/>	Tel./mobil:	<input type="text"/>
Tel./privat:	<input type="text"/>	Tel./Büro:	<input type="text"/>
Beruf der Mutter:	<input type="text"/>	Beruf des Vaters:	<input type="text"/>
Falls Sie mit Überweisung kommen:			
Kinderarzt:	<input type="text"/>	Wie wurden Sie auf uns aufmerksam:	<input type="text"/>

Die angegebenen Kontaktdaten nutzen wir zur Kontaktaufnahme mit Ihrer Familie und zur Erinnerung an: Termine, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen sowie für kurze medizinische Rückfragen.

Wenn Sie einzelne der Möglichkeiten nicht wünschen, können Sie diese im Folgenden abwählen.

Bitte setzen Sie hierzu ein Kreuz bei „Nicht erwünscht“

Kontakt per Telefon	Nicht erwünscht <input type="checkbox"/>
Kontakt per Email	Nicht erwünscht <input type="checkbox"/>
Kontakt per Fax	Nicht erwünscht <input type="checkbox"/>
Versand von Newsletter	Nicht erwünscht <input type="checkbox"/>
Versand von Termindetails per Email (Beachten Sie bitte: wenn Sie einen Termin unentschuldigt oder kurzfristig nicht wahrnehmen, sodass er nicht anderweitig vergeben werden kann, berechnen wir ggf. eine Ausfallgebühr von 60 Euro).	Nicht erwünscht <input type="checkbox"/>
Versand von medizinischer Dokumentation sofern verschlüsselbar	Nicht erwünscht <input type="checkbox"/>
Versand von Rechnungen per Email (Beachten Sie bitte, dass ein Versand von Rechnungen per Post nicht optional ist)	Nicht erwünscht <input type="checkbox"/>

Die Einwilligungen sind stets freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die von Ihnen erteilten Einwilligungen –teilweise oder vollumfänglich – ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf hat keine Rückwirkung, d. h. die Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Zeitpunkt des erklärten Widerrufs bleibt rechtmäßig.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Umsetzung der mit „ja“ angekreuzten Abfragen.**  
Es bestehen keine Verständnisprobleme zur weiteren Umsetzung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in/ Vertretungsberechtigte:r

**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: \_\_\_\_\_