
Patientenbogen

Kinderarztpraxis Dr. med. Nina Brockhaus und Sabine Backendorf

Patientendaten

- Name des Kindes: _____
- Geburtsdatum: _____
- Geburtsort: _____
- Geschlecht: männlich weiblich
- Staatsangehörigkeit: _____

Krankenversicherung

- Versicherungsstatus:
 gesetzlich versichert privat versichert
- Name der Krankenkasse: _____
- Versichertennummer: _____
- Name des Versicherungsnehmers: _____
- Geburtsdatum des Versicherungsnehmers: _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Wer hat das Sorgerecht für das Kind?

Beide Elternteile Mutter Vater Pflegeeltern Sonstige: _____

Folgende Personen sind dazu berechtigt medizinische Dokumente meines Kindes in Empfang zu nehmen: _____

Mutter:

- Name: _____
- Geburtsdatum: _____
- Adresse: _____
- PLZ/Ort: _____
- Telefon (privat): _____
- Telefon (mobil): _____
- E-Mail: _____

Vater:

- Name: _____
- Geburtsdatum: _____
- Adresse: _____
- PLZ/Ort: _____
- Telefon (privat): _____
- Telefon (mobil): _____
- E-Mail: _____

Pflegeeltern (falls zutreffend):

- Name Pflegeeltern:

- Beziehung zum Kind:

- Adresse:

- PLZ/Ort:

- PLZ/Ort:

- Telefon (privat): _____
- Telefon (mobil): _____
- E-Mail:

Medizinische Informationen: (nur für Neupatienten)

- Name des bisherigen Kinderarztes: _____
- Derzeit in Behandlung bei (Therapeuten etc.): _____
- Frühere Krankenhausaufenthalte/Operationen: _____
- Bestehende Vorerkrankungen/chronische Krankheiten: _____
- Allergien/Unverträglichkeiten: _____
- Medikamente (inkl. Dosierung): _____

Einverständnis zur Datenverarbeitung:

Ich willige ein, dass meine und die Daten meines Kindes zum Zwecke der ärztlichen Behandlung durch die Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Einverständnis zur Kontaktaufnahme:

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich per Telefon oder E-Mail kontaktieren darf, um mich an anstehende Termine zu erinnern oder wichtige Informationen zu übermitteln.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls, dass ich im Namen und mit dem Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen handle.

Ort, Datum und Unterschrift der sorgeberechtigten Person