

**Herzlich Willkommen in unserer Kinder- und Jugendarztpraxis!**  
**Zur Aufnahme Ihres Kindes benötigen wir folgende Angaben**

**Kind:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

**Telefon Festnetz:**

**Mobiltelefon:**

**Email-Adresse:**

**versichert bei:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Anschrift (wenn von o.g. Adresse abweichend):

Sorgeberechtigt sind:  Eltern  Vater  Mutter  sonstige:

Wohnort des Kindes:  Eltern  Vater  Mutter  sonstige:

Besucht Ihr Kind eine Tagesbetreuung (Kita, Tagesmutter, Tagesvater, Schule)?

nein

ja: Name und Anschrift:

**Angaben zur Familienvorgeschichte:**

Welche der folgenden Krankheiten sind in der Familie aufgetreten?

- |                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale  | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung oder Blindheit |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis      | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung oder Taubheit  |
| <input type="checkbox"/> Krebs              | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Rheuma             | <input type="checkbox"/> Diabetes                      |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> sonstige:                     |
| <input type="checkbox"/> Allergien, welche: |                                                        |

**Frühere Erkrankungen:**

Welche der folgenden Erkrankungen hat das Kind schon durchgemacht (Zeitpunkt)?

Keuchhusten,  Masern,  Mumps,  Röteln,  Windpocken,

Tuberkulose,  Unfall mit Schädelverletzung,  Lungenentzündung,

Ohrenleiden,  Nasennebenhöhlenentzündungen,

Sonstige:

War ihr Kind bereits im Krankenhaus?

nein  ja, Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

Fanden bereits Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen statt?

nein

ja Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

**bitte wenden →**

## Schweigepflichtsentbindung / Online-Terminvereinbarung mit Doctolib

Liebe Eltern,

Unsere Kinder- und Jugendarztpraxis ist eine Praxisgemeinschaft sowie eine Ausbildungspraxis. Sie schließen bei der Anmeldung ihres Kindes einen Behandlungsvertrag mit Dr. Hauenherm ab.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass im jeweiligen Dokumentationssystem relevante medizinische Informationen Ihres Kindes, z. B. wichtige Diagnosen, bereits verordnete Medikamente, Laborauswertungen, Facharzt- und Krankenhausberichte, eingesehen werden dürfen, die zur weiteren Behandlung und dem schnellen Genesungsprozess hilfreich sind.

Wir arbeiten bei der Terminvereinbarung mit **Doctolib** zusammen. Über diese Plattform haben Sie die Möglichkeit Ihre Termine bequem jederzeit online zu buchen, einzusehen, zu verschieben oder abzusagen. Sie erhalten automatisch für einen gebuchten Termin eine Terminerinnerung via SMS oder/und E-Mail. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dieser Terminerinnerung zu. Wenn Sie dies nicht wünschen, vermerken Sie es hier.

---

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

**Desweiteren benötigen wir Ihre Einwilligung zu folgenden Punkten**, kreuzen Sie entsprechend an.

1. zur Datenübermittlung (= Zusendung eines Arztbriefes) an den uns von Ihnen genannten Hausarzt (der in der Regel den Überweisungsschein an uns ausgestellt hat).

**ja, ich bin einverstanden**

**nein, ich bin nicht einverstanden**

2. zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle der Gesundheit ihres Kindes Untersuchungsergebnisse benötigen.

**ja, ich bin einverstanden**

**nein, ich bin nicht einverstanden**

3. Laboruntersuchungen mit den Personalien an das MVZ Labor Leipzig Dr. Reising- Ackermann & Kollegen zu senden, da bestimmte Untersuchungen in unserer nicht Praxis durchgeführt werden können.

**ja, ich bin einverstanden**

**nein, ich bin nicht einverstanden**

4. die Abholung von Rezepten/Überweisungen/Laborbefunde durch Dritte erfolgen kann, wenn Sie persönlich verhindert sein sollten:

**ja, folgende Personen dürfen oben genannte Unterlagen abholen:**

Angabe des /der Namen mit Verwandtschaftsgrad (z.B. Frau Müller - Oma):

**nein, ich bin nicht einverstanden**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. **Unsere "Patienteninformation zum Datenschutz" ist im Eingangsbereich (Bilderrahmen an der Wand vor Diskretionszone) nachzulesen. Auf Wunsch kann Sie Ihnen ausgedruckt und ausgehändigt werden. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall an eine Mitarbeiterin.** Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden:

Leipzig, den

---

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters