

Anamnesefragebogen für Kinder und Jugendliche

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person/Ihr Kind und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Füllen Sie den Bogen sorgfältig aus.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Name/Vorname des Kindes/Jugendliche: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Ich bin ggf. mit einem Kontakt über Email einverstanden? ja nein

Schule (Einrichtung, Klasse): _____

Mutter

Vater

Name: _____

Geb.Datum: _____

Beruf: _____

Erkrankungen: _____

Sorgerecht: _____

Wird bei Ihnen im Haushalt geraucht? _____

Geschwister: (Geb.Datum,Geschlecht,ggf. Erkrankung): _____

familiäre Besonderheiten/Erziehungssituation (z.B. Trennung der Eltern u.ä.)

Ernährung:

Unverträglichkeiten/Allergien gegen Nahrungsmittel/sonstiges: _____

Probleme bei der Nahrungsaufnahme: _____

Dauerhafte Medikamenteneinnahme: _____

Bisherige Therapien (z.B.Ergotherapie,Logotherapie,Physiotherapie,Psychotherapie):

Gibt es Vorbefunde (Kurberichte,Allergietest,Krankenhausbriefe etc.):

Vorerkrankungen (was? wann?) _____

Operationen (was? wann?) _____

Impfungen: Mein Kind ist geimpft, kann weiter geimpft werden: _____

Ich lehne Impfungen ab: _____

Ich habe noch folgende Fragen: _____

Unterschrift: _____

Bitte gelbes Heft und Impfausweis vorlegen !

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam