

ANAMNESEBOGEN DATENBLATT



Kinderärztin
Dr. med. Martina Hamerle-Wilhelm
Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde
Ärztin für Allgemeinmedizin



Kind:

Vor- und Nachname:	
Straße:	
PLZ Ort:	
Tel. (bei Jugendlichen):	
Soz-Vers. Nr. / Geb. Datum	
Zusatzversichert	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN bei
Mitversichert bei	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter
Vorerkrankungen:	
Medikamente:	
<u>Bisherige Impfungen des Kindes:</u>	
6-Fach:	1. Impfung <input type="checkbox"/> 2. Impfung <input type="checkbox"/> 3. Impfung <input type="checkbox"/>
Pneumokokken:	1. Impfung <input type="checkbox"/> 2. Impfung <input type="checkbox"/> 3. Impfung <input type="checkbox"/>
MMR:	1. Impfung <input type="checkbox"/> 2. Impfung <input type="checkbox"/> 3. Impfung <input type="checkbox"/>
Rota:	1. Impfung <input type="checkbox"/> 2. Impfung <input type="checkbox"/> 3. Impfung <input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Impfung?	

Mutter:

Vor- und Nachname:	
Soz-Vers. Nr. / Geb. Datum:	
Zusatzversicherung:	
Beruf / Dienstgeber:	
Tel. Nr. :	
E-Mail:	

Vater:

Vor- und Nachname:	
Soz-Vers. Nr. / Geb. Datum:	
Zusatzversicherung:	
Beruf / Dienstgeber:	
Tel. Nr. :	
E-Mail:	

Eltern	<input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> gemeinsame Obsorge
Geschwister:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Alter:

Familienanamnese:

Gibt es in der Familie besondere Krankheiten (Asthma, Allergien, Neurodermitis, Heuschnupfen, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankungen, Probleme mit Herz, Nieren, Nerven, sonstige Erkrankungen)? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN falls ja, welche?

Sozialanamnese:

Raucher in der Familie? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN falls ja, wer? <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere
Haustiere: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN falls ja, welche?.....
Regelmäßiger Tierkontakt anderswo? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN falls ja, wo?

Wie haben Sie von Praxis Dr. Hamerle-Wilhelm erfahren?

..... **VIELEN DANK FÜRS AUSFÜLLEN !**

Einverständniserklärung zum Austausch von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten laut Datenschutzgrundverordnung (DSGVO):

Hiermit erlaube ich Frau Dr. Martina Hamerle-Wilhelm ausdrücklich den Austausch meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten mit anderen Gesundheitseinrichtungen zum Zwecke der Heilbehandlung.

Ich erteile hiermit das Einverständnis relevante medizinische Befunde/Vorbefunde einzuholen, die betreffenden Ärzte und klinischen Abteilungen von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und die angeforderten Befunde und Bilder der Kinderarztpraxis Dr. Martina Hamerle-Wilhelm zur Verfügung zu stellen.

Ich erteile die Erlaubnis, dass meine weiterbehandelnden Ärzte meine Befunde bis auf schriftlichen Widerruf erhalten dürfen.

Ich erlaube hiermit meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, Mailadresse) und Gesundheitsdaten (Diagnosen, Therapien und Medikamente) zum Zwecke der Abwicklung des Patienten-Arztmanagements zu verwenden.

Der Austausch der personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten darf per Telefon, Versand per Post, Email als auch per Fax stattfinden.

Diese Einwilligung kann jederzeit persönlich oder schriftlich, gerichtet an die Kinderarztpraxis Dr. Martina Hamerle-Wilhelm widerrufen werden. Durch Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name des Patienten:

Name des Erziehungsberechtigten:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Einverständniserklärung zur Honorarnotenübermittlung an Ihre gesetzliche Krankenversicherung

Mit Ihrem Einverständnis bieten wir Ihnen an Ihre bezahlten Honorarnoten direkt über unser Computersystem an Ihre gesetzliche Krankenkasse (ÖGK, BVA, SVS) zu übermitteln. Die Rückerstattung des Anteiles den ihre gesetzliche Krankenkasse übernimmt kann damit schneller und einfacher abgewickelt werden und Sie haben diesbezüglich keinen Aufwand mehr. Dazu benötigen wir allerdings Ihr ausdrückliches Einverständnis und auch noch ein paar persönliche Daten.

- Hiermit erkläre ich mich mit der Übermittlung der von mir bereits bezahlten Honorarnoten an meine gesetzliche Krankenkasse einverstanden.**

Name und Geburtsdatum des Patienten: _____

Name des Kontoinhabers/Versicherter: _____

Bankinstitut: _____

IBAN: _____

- Ich bin mit der Übermittlung meiner Honorarnoten an meine gesetzliche Krankenversicherung ausdrücklich nicht einverstanden und übermittle diese zur Kostenrückerstattung selbst.**

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____