



Dr. Gabriele Katscher

Fachärztin für Kinder-/Jugendmedizin

Anmeldebogen

Kind:

Name: Vorname: geb.am

Anschrift:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Festnetz:

versichert bei (Name des Elternteils oder sonstigen Sorgeberechtigten):

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:

Bestehen chronische Erkrankungen in der Familie?

(z.B. Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Allergien, Krebs, Rheuma, ...)

nein ja (welche?):

Wurde Ihr Kind altersentsprechend geimpft? ja nein

Leidet Ihr Kind an schwerwiegenden Erkrankungen?

nein ja (welche?):

Hat Ihr Kind schon einmal eine schwere Infektion durchgemacht?

(z.B. Masern, Windpocken, Hirnhautentzündung, Keuchhusten, Tuberkulose,...)

nein ja (welche und wann?):

War ihr Kind bereits im Krankenhaus?

nein ja, wann und wo?:

Hatte Ihr Kind schon eine Operation? nein ja (welche und wann?):

bitte wenden →

Schweigepflichtsentbindung und Einverständnis zur Terminerinnerung

Liebe Eltern,

Wir benötigen Ihre Einwilligung zu folgenden Punkten, kreuzen Sie entsprechend an.

1. zur Datenübermittlung (= Zusendung eines Arztbriefes) an den 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 & Kolleg:innen 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. **Die "Patienteninformation zum Datenschutz" steht Ihnen im Downloadbereich auf unserer Homepage zum Nachlesen zur Verfügung. Alternativ kann Ihnen diese bei der Anmeldung auch 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

Wir arbeiten bei der Terminvereinbarung mit **Doctolib** zusammen. Über diese Plattform haben Sie die Möglichkeit, Ihre Termine bequem online zu buchen, einzusehen, zu verschieben oder abzusagen. Sie erhalten automatisch für einen gebuchten Termin eine Terminerinnerung via SMS oder/und E-Mail. Im Falle von Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen werden Sie mit einer Recall-Nachricht an bevorstehende Untersuchungen erinnert.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem Termin-Erinnerungsservice zu. Wenn Sie dies nicht wünschen, vermerken Sie es hier.

Leipzig, den _____

(Datum)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters