

Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal behandeln zu können, bitten wir Sie den Anamnesebogen soweit wie möglich auszufüllen. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Bei Rückfragen steht Ihnen das Praxispersonal gerne zur Verfügung.

### Angaben zum Kind

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:

### Angaben zu den Eltern

Mutter	Vater
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse:	Adresse:
Tel.:	Tel.:
Handy:	Handy:
E-Mail:	E-Mail:

### Einwilligungserklärung:

**Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und unabhängig von der Behandlung Ihres Kindes. Sie können die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.**

**Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern zu Behandlungszwecken**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Mein Kinderarzt wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich entbinde den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.

⇒  Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

**Ich bitte Sie beim Betreten der Praxis ausdrücklich darauf hinzuweisen, falls Sie im Wartebereich bzw. während Ihres gesamten Praxisaufenthaltes NICHT namentlich aufgerufen bzw. angesprochen werden möchten.**