

Kinderarztpraxis  
Ulrike Sonntag  
Potsdamer Chaussee 80  
14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 05 70  
Fax.: 030 / 80 49 05 72

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Eltern,

um Sie, beziehungsweise Ihr Kind bestmöglich betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, die untenstehenden Fragen auf freiwilliger Basis zu beantworten.

Name, Vorname (des Kindes): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (des Kindes): \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

1. Gab es Besonderheiten/Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

\_\_\_\_\_

2. Bestehen Allergien? (Sind Allergien in der Familie bekannt? Wenn ja, bitte auch Verwandtschaftsgrad nennen)

\_\_\_\_\_

3. Hat Ihr Kind Vorerkrankungen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Hat Ihr Kind Geschwister? Wenn ja, wie alt sind diese? Bruder/Schwester?

\_\_\_\_\_

5. Gibt es Raucher im Haushalt?

- JA
- NEIN

**BITTE WENDEN**

6. Name, Vorname, Beruf Mutter:

---

7. Name, Vorname, Beruf Vater:

---

8. Sorgerecht:

- Gemeinsam
- Mutter
- Vater

9. Bei Säuglingen und Kleinkindern: Wird ihr Kind gestillt beziehungsweise welche Babynahrung bekommt es?

---

10. Welche Kita bzw. welche Schule besucht ihr Kind (wichtig für BG Fälle)?

---

11. Gibt es mitbehandelnde Ärzte? Wenn ja, nennen Sie diese bitte.

---

12. Sind Sie mit einer ggf. stattfindenden Terminerinnerung einverstanden; wenn ihr Kind einen Vorsorge-Termin hat?       JA       NEIN

13. Wie haben Sie von uns erfahren?

Homepage       Bekanntenkreis       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Gerne können Sie eine E-Mail-Adresse für Rückfragen, etc. bei uns hinterlegen.:

---

Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn sich Versicherung, Anschrift oder andere wichtige Daten verändern.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

Kinderarztpraxis  
Ulrike Sonntag  
Potsdamer Chaussee 80  
14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 05 70  
Fax.: 030 / 80 49 05 72

### Einverständnis Datenweitergabe

Liebe Eltern, liebe Patienten, liebe gesetzlichen Vertreter,  
seit dem 25.05.2018 gilt die neue Datenschutzverordnung. Deshalb benötigen wir Ihr schriftliches  
Einverständnis zur Weitergabe Ihrer Daten, bzw. Befunde.  
Ich/ Wir sind damit einverstanden,

1. dass im Rahmen der medizinischen Behandlung meines Kindes/ meiner Kinder/ von mir die  
Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden, bzw. Behandlungsdaten  
von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
2. dass Laborproben (meines Kindes/ meiner Kinder/ von mir) an das mit uns kooperierende  
Labor übermittelt werden.
3. dass Daten und Befunde von Behörden wie MDK, Charité (Vorsorge), LaGeSo, Krankenkasse,  
Arbeitsamt oder Jugendamt weitergegeben werden dürfen.
4. dass Impfstoffe, die nach medizinischer Beratung durch die Ärztin speziell für mich/ mein  
Kind/ meine Kinder über die Apotheke Nikolassee bestellt und mir von der Apotheke in  
Rechnung gestellt werden. (nach Rechnungseinreichung erfolgt i.d.R. Erstattung der Kosten  
durch die Krankenkasse)

**Sollten Sie mit einem der o.g. Positionen NICHT einverstanden sein, streichen Sie diese bitte**

Name des/der Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name des gesetzlichen Vertreters 1:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des gesetzlichen Vertreters 2:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN**

Kinderarztpraxis  
Ulrike Sonntag  
Potsdamer Chaussee 80  
14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 05 70  
Fax.: 030 / 80 49 05 72

**WICHTIGER HINWEIS!!**

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Eltern,

Wir arbeiten in unserer Praxis nach dem Prinzip einer Bestellpraxis. Für Vorsorgen blockieren wir je nach Art der Vorsorge einen Zeitraum von 30-60min.

Daher möchten wir Sie bitten, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, möglichst frühzeitig, spätestens aber 24h vorher abzusagen.

Wir weisen darauf hin, dass wir im Fall der Nichtabsage oder verspäteten Absage gem. §§304, 683 BGB einen Aufwendungsersatz zwischen 15,00€ und 65,00€ für jeden Termin in Rechnung stellen werden. Dieser Aufwendungsersatz wurde unter Berücksichtigung der Kostenstruktur unserer Praxis ermittelt.

Es handelt sich nicht um einen Schadenersatzanspruch, sondern um einen Kostenerstattungsanspruch.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den oben genannten Text gelesen habe.

Name, Vorname vom Kind: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum vom Kind: \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

Vielen Dank!  
Ihr Praxisteam