

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Eltern und gesetzliche Vertreter\*innen,

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

6. Gibt es relevante Vorerkrankungen (auch Fehlsichtigkeiten, Allergien) in der Familie?

---

---

7. Name, Vorname, Beruf Mutter:

---

8. Name, Vorname, Beruf Vater:

---

9. Sorgerecht (bei alleinigem Sorgerecht bitte Nachweis vorlegen):

- ☐ Gemeinsam
- ☐ Mutter
- ☐ Vater

10. Bei Säuglingen und Kleinkindern: Wird ihr Kind gestillt, bzw. welche Babynahrung bekommt es?

---

11. Welche Kita bzw. welche Schule besucht ihr Kind?

---

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

---

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

14. Wie haben Sie von uns erfahren?

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

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

---

ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

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

### Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO

Liebe Eltern, liebe Patient\*innen, liebe gesetzliche Vertreter\*in,  
seit dem 25.05.2018 gilt die neue Datenschutzverordnung. Deshalb benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis zur Datenverarbeitung.

Ich/Wir sind damit einverstanden,

1. dass im Rahmen der medizinischen Behandlung meines Kindes/von mir die Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzt\*innen übermittelt werden, bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandler\*innen eingeholt werden dürfen.
2. dass Laborproben meines Kindes/von mir an das mit uns kooperierende Labor (IMD Berlin) übermittelt werden.
3. dass Daten an das Einladungs- und Rückmeldewesen der Charité (Vorsorgemeldung, siehe Informationsblatt), übermittelt werden dürfen.
4. dass Impfstoffe, die nach medizinischer Beratung durch die Ärztin speziell für mich/mein Kind über die Apotheke Nikolassee bestellt und mir von der Apotheke in Rechnung gestellt werden.
5. dass Terminerinnerungen und Recall via E-Mail/Tel. durch die Praxis erfolgen.

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

Mir ist bewusst, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

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