

Name des Patienten: Straße: Stadt: Geburtsdatum: Telefon/Fax/Mail	Hauptversicherter: Geburtsdatum des Hauptversicherten: Krankenkasse:
---	--

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder Telefonnummer immer mit.
Bitte legen Sie uns den Impfpass und das Vorsorgeheft vor.**

Welche Schule / Kindergarten besucht Ihr Kind?

Bisheriger Kinderarzt:

Sind bei Ihrem Kind Vorerkrankungen bekannt?	
Nimmt ihr Kind regelmäßige Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐	Wenn ja, listen Sie die Medikamente bitte auf:
Leidet Ihr Kind an Medikamentenunverträglichkeiten? Ja ☐ Nein ☐	Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
Leidet es an Allergien? Ja ☐ Nein ☐	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	
Aktuelle Beschwerden:	

Bitte beantworten Sie uns auch folgende Fragen:

Name des Vaters:	Name der Mutter:	Geschwister:	Geschwister
Beruf des Vaters:	Beruf der Mutter:		
Kindliche Sehprobleme? Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Hüfterkrankung? Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Chronische Erkrankungen?			

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. In unserer Gemeinschaftspraxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter/-innen Zugang zu Ihren Daten, wobei alle eine Schweigepflichtserklärung unterschrieben haben. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit.h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit.b) Bundesdatenschutzgesetz.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung, dass Ihre Daten im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Regelungen, an Krankenhäuser, weiterbehandelnde Ärzte und Pflegedienste übermittelt werden dürfen, zudem gilt dies auch für uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Zudem willigen Sie ein, dass für Laboruntersuchungen Ihre Daten an das Fachlabor gesendet werden.

Ich bin damit **einverstanden**, dass Unterlagen/ Informationen an folgende Personen weitergegeben werden dürfen:

Name: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Zudem habe ich keine weiteren Fragen und den Inhalt des vorliegenden Textes verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift