



Patienten Fragebogen -Kinder-

Datum:

Im Zuge einer organisierten Patientenerfassung bitte ich Sie folgende Fragen zu beantworten:

Name, Vorname:

Name eines Elternteils:

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Klasse /Kindergarten:

Geschwister (Anzahl und Alter):

Familienstand der Eltern:

Wie können wir Sie in Praxisangelegenheiten telefonisch erreichen?

E-mail:

Wodurch wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

Familie/Freunde

Therapeuten (z.B. HP, Arzt, Physio)

Internet

Bitte nennen Sie mir die Namen der Ärzte und Therapeuten Ihres Kindes:

Wie ist Ihr Kind versichert?

- A) Gesetzlich bei:.....
(Keine Kostenübernahme durch die GKV, Erstanamnese 150 €)
- B) PKV bei:
(Vertragsabhängig; Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)
- C) Private Zusatzversicherung bei:
(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

Bitte beachten Sie, dass Termine 48 Stunden im Voraus abgesagt werden müssen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, den Termin mit 50,00€ in Rechnung zu stellen.

Auf der zweiten Seite bitte ich Sie noch kurz um weitere Informationen und möchte Sie auf Ihr Widerspruchsrecht hinweisen (DSGVO). Bei Bedarf können Sie uns jederzeit gerne ansprechen.

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Anamnese Bogen:

Name:

Sehr geehrte Eltern,
damit ich mir in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Ihr Kind nehmen kann, möchte ich Sie bitten, mir im Folgenden schon einige Fragen im Voraus zu beantworten:

Bitte zählen Sie die Beschwerden auf, weswegen Sie mich **heute** mit Ihrem Kind aufsuchen:

-
-

Ernährung: (bitte die hauptsächlichen Ernährungslinien angeben; Mehrfachnennung möglich!)

Mischkost, Vollwert, Rohkost, Vegetarisch/Vegan, Fastfood, unregelmäßig,
 täglich Obst, viel Süßigkeiten, Flüssigkeit pro Tag in Litern____,

Geburtsanamnese:

Natürliche Geburt, Kaiserschnitt, Zangen/Saugglockengeburt
Schwangerschaftsdauer ____ SW Problemschwangerschaft: ja / Nein
Wurde Ihr Kind gestillt? Wie lange? _____ Monate

Mein Kind: hat Konzentrationsstörungen bewegt sich nicht symmetrisch
 ist gerobbt ist gekrabbelt hat gestanden ist gelaufen

Erwähnenswerte Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle:

-
-

Medikamentenanamnese – bitte zählen Sie alle Mittel auf, die Ihr Kind regelmäßig einnimmt:

-
-

Hat Ihr Kind im letzten halben Jahr oder davor Antibiotika, Kortison, Ritalin,
 Antiepileptika, Antiallergika, Schmerzmittel, Homöopatika eingenommen?

Wann und wogegen wurde Ihr Kind geimpft? Impfreaktionen: Unruhe, Fieber, Rötung

-

Bei älteren Kindern:

Wie viele Stunden Sport treibt Ihr Kind wöchentlich im Durchschnitt?

Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind täglich vor den elektronischen Medien?

Wie viele Stunden Schlaf hat Ihr Kind im Durchschnitt?

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Ihre Daten werden ausschließlich für den internen Ablauf genutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit ein Widerrufsrecht zur Verarbeitung ihrer Daten (DSGVO).



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

Name_____ Vorname_____ Geb:_____

als Träger der elterlichen Verantwortung meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Name_____ Vorname_____ Geb:_____

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin: Gesine Djahanbaz-Magin, Moorweidenstraße 8, 20148 Hamburg

Ich möchte den E-Mail Newsletter (max. zweimal jährlich) rund um das Thema Chiropraktik erhalten.

Ja, an meine Emailadresse:_____

Nein

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten des Kindes zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Trägers der elterlichen Verantwortung

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:
Gesine Djahanbaz-Magin, Moorweidenstraße 8, 20148 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 - 390 20 91