

Fragebogen zur Erstkonsultation für Kinder

Vorname: Nachname.....

Geburtsdatum: Krankenversicherung:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Angaben zur Mutter:

Vorname: Nachname.....

Telefon-Nr. privat: Handy-Nr.:

Telefon-Nr. geschäftlich: E-Mail :.....

Fehlgeburt(en): Behandlung in „Kinderwunschklinik“?

Ereignisse während der Schwangerschaft (z.B. Unfall, Schock)

.....

Übelkeit, Erbrechen, Medikamente, Komplikationen, Schwangerschafts-Diabetes, Hypertonie?.....

.....

Geburt: Kaiserschnitt / spontan Komplikationen?

Größe: cm (Ihres Kindes) Gewicht: kg

Derzeitige Beschwerden:

.....

.....

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80

Kreissparkasse Ebersberg

Medikamente?

.....

Operationen, wann? (Altersangabe):

.....

.....

Unfälle, Verletzungen, Schock :

.....

.....

Narben (z.B. auch Nabelbruch)

Wurde Ihr Kind gestillt, Flaschennahrung?

Entzündungen (z.B. Ohren, Mandeln, Blase etc.)

.....

.....

Pilzerkrankungen:

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung, Durchfall, Blähungen? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Mag Ihr Kind vorwiegend Brot, Mehlspeisen, Nudeln, Pizza, Süßigkeiten? Ja Nein

Isst Ihr Kind Obst und Gemüse? Ja Nein

Was und wieviel trinkt Ihr Kind?

Impfungen (bitte Impfpass mitbringen).....
.....
.....

Klinikaufenthalte? (wann, wie lange).....

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Schläft Ihr Kind mit Nachtlicht? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Radiowecker? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie W-Lan zu Hause? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie einen Wasserschaden zu Hause? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es feuchte Stellen im Wohnbereich? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie ein Aquarium? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es noch alte Wasserleitungen im Haus ? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind Schlafprobleme? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Leidet Ihr Kind unter geschwollenen Lymphdrüsen? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind oft Bauchschmerzen? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Neigt Ihr Kind zu Milchschorf? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hauterkrankungen (z.B. Ekzem, Furunkel etc, | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie Haustiere ? (Welche?)

Hat Ihr Kind Antibiotika eingenommen ? (Wie oft, wie lange)

Hat Ihr Kind Kortisonpräparate eingenommen? (Wie oft, wie lange?).....

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80
Kreissparkasse Ebersberg

Patienteninformation und Einwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterverbreitet und welche Rechte für Sie damit verbunden sind:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Naturheilpraxis Renate Wolfrum

Karl-Böhm-Straße 93, 85598 Baldham

Telefon: 08106 998675 - Email: PRAXIS_WOLFRUM@t-online.de

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung dieser Daten erfolgt:

- Um Sie als Patient-in identifizieren zu können
- Um eine Diagnose stellen zu können
- Um Sie angemessen behandeln und beraten zu können
- Zur Korrespondenz mit Ihnen
- Zur Rechnungsstellung
- Zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag.

Empfänger Ihrer Daten

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Therapeuten, Krankenkassen, Labore oder Abrechnungsstellen 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 berechnigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben z.B. aus steuerlichen Gründen, bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Bayerische Landbeauftragte für den Datenschutz
Wagmüllerstraße 18
80538 München
Tel. 089 2126720

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit.h DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr 1 lit b Bundesdatenschutzgesetz

Einwilligung

Ich habe die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung und Speicherung meiner Daten in diesem Umfang ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig geben

Ort, Datum

Unterschrift Patient /Vertreter