

Anamnesebogen



Dr. med. Andrea-Silvia Quitterer
Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde

Persönliche Angaben des Kindes

Name des Kindes (Vor-/Nachname): _____

SVNR + Geburtsdatum des Kindes: _____

Mitversichert bei:

Vor-/Nachnamen: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beschäftigt bei: _____ SVNR: _____

Name der Krankenversicherung: _____

Zusatzversicherung: Nein Ja: _____

Gesundheitsfragen

Geburt in der _____ SSW Gewicht bei Geburt: _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt: Nein Ja: _____

APGAR: _____

Allergien: _____

Sprach-, Hör- und/oder Sehprobleme: _____

Ernährungsprobleme: _____

Medikamentenunverträglichkeit: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente: _____

Leidet Ihr Kind an sonstigen Erkrankungen: _____

Hörscreening auffällig: Nein Ja: _____

Neugeborenencreening auffällig: Nein Ja: _____

Vitamin-K-Prophylaxe: 1. Gabe 2. Gabe

Hinweis: Es kann vorkommen, dass Sie einen Arzttermin nicht einhalten können. In diesem Fall bitte mind. 24h vorher telefonisch, per E-Mail oder SMS, auch am Wochenende, absagen. Nicht abgesagte Termine müssen mit €80.- in Rechnung gestellt werden.

Wie haben Sie von der Ordination erfahren?

Freunde / Verwandte

Empfehlung Hebamme / Arzt

Internetsuche

Homepage www.kinderarzt-quitterer.at

Bekannt aus dem Krankenhaus Wels

Andere:

Rechtliches

(bitte zur Erstordination unterschrieben mitbringen):

Bankverbindung

Wenn Sie wünschen, dass wir das Einreichen der Honorarnote bei Ihrer Krankenkasse für Sie übernehmen, teilen Sie uns bitte Ihre Bankdaten mit. Sie werden selbstverständlich – wie alle Ihre Daten- vertraulich behandelt.

Kontoname: _____

IBAN: _____

Bank: _____

Datenschutz

Laut DSGVO ersuchen wir Sie um Ihre schriftliche Einverständnis, damit wir Ihre persönlichen Daten speichern und elektronisch verarbeiten dürfen (Adresse, Tel. Nr., Versicherung). Die Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur an die Bezirkshauptmannschaft (Impfmeldung) oder an andere Ärzte im Behandlungsfall.

Ich stimme der Speicherung zu

Ich stimme nicht zu

Unterschrift: _____

Hinweis zur Datenübermittlung

Wenn Sie den **Adobe Reader** verwenden, klicken Sie diesen Button:

Für alle anderen:

1) Speichern Sie dieses ausgefüllte Dokument ab

2) Mailen Sie diese neue Datei an praxis@kinderarzt-quitterer.at