

PATIENTEN FRAGEBOGEN

Patienten - Fragebogen für Kinder und Säuglinge

Sehr geehrte Eltern,

wir begrüßen Sie und Ihr Kind herzlich in unserer Praxis und bitten Sie, im Interesse der Sicherheit Ihres Kindes diesen Fragebogen auszufüllen.
Sollten Sie beim Ausfüllen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Vor- und Zuname:..... Geburts-Datum:.....

Straße: PLZ, Ort:.....

Telefon dienstlich: Telefon privat:.....

e-mail-Adresse:

Krankenversicherung: Beihilfe: ja nein

Hauptversicherter: Geburts-Datum:

Rechnungsadresse, falls nicht wie oben:

Name des Kinderarztes: Geburtsklinik:

Momentane Größe: Momentanes Gewicht:

1. Sind Ihnen vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

nein ja welche?

2. Wegen welcher Krankheiten ist oder war Ihr Kind in Behandlung?

.....

3. Nennen Sie uns bitte Operationen, die früher bei Ihrem Kind durchgeführt wurden:

.....

4. Welche Röntgenaufnahmen sind bei Ihrem Kind in den letzten Jahren gemacht worden?

.....

5. Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein:

.....

6. Hatte es schon einmal eine unerwünschte Reaktion nach Einnahme eines Medikamentes?

nein

ja

nach welchem?

.....

7. Leidet es an einer Allergie?

nein

ja

an welcher?

.....

13. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

durch Empfehlung des Kinderarztes

eines anderen Arztes

von Freunden, Bekannten, Familienangehörigen

über das Internet

sonstiges

In Einzelfällen kann es bei besonders hohem zeitlichen Aufwand oder schwierigen Fällen notwendig sein, den 3,5fachen Steigerungssatz gemäß der GOÄ zu berechnen.

Je nach Tarif kann es dazu führen, daß die Versicherung/Beihilfe nicht den vollen Rechnungsbetrag erstattet.

Ich bin damit einverstanden, über neue Therapiemöglichkeiten und notwendige Kontrolltermine informiert zu werden. (ggf. bitte streichen)

Datum: Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe