

Praxis für Kinderneurologie

Dr. med. U. Ancker
Neue Große Bergstr. 7
22767 Hamburg
Tel.: 38 91 55 55

Anamnesefragebogen

Liebe Eltern, um Ihr Kind im Rahmen der geplanten Vorstellung optimal und ganzheitlich betreuen zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig.

Alle nachfolgenden und im weiteren Behandlungsverlauf abgegebenen Informationen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

leibliches Kind Pflegekind Adoptivkind

Sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater

Andere: _____

Familiäre Situation: verheiratet/ zusammen lebend alleinerziehend

getrennt lebend geschieden seit: _____

neuer Partner

Schulbildung und Beruf der Mutter: _____

Geburtsdatum der Mutter: _____

Schulbildung und Beruf des Vaters: _____

Geburtsdatum des Vaters: _____

Sind in der Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Erkrankung	Ja	Nein	Wenn ja, bei wem?
Kopfschmerzen			
Migräne			
Epilepsie			
Fieberkrämpfe			
Tic			
ADHS			
Psychische Störungen (z.B. Angst, Depressionen)			
regelmäßige Medikamenteneinnahme			
Drogenprobleme			
sonstige Erkrankungen (wenn ja, welche?)			

Gab es Besonderheiten oder Auffälligkeiten während der Schwangerschaft?

Geburt in der SSW: _____ spontan Kaiserschnitt Saugglocke

Geburtsgewicht _____ Größe _____ Kopfumfang _____

Namen und Geburtsjahr der Geschwister: _____

Krankenhausaufenthalte des Kindes: ja nein

Falls ja, wo und warum? _____

chronische Erkrankungen des Kindes? _____

Sonstiges: _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich

Name, Vorname (Bei Patienten unter 16 Jahre zusätzliche der Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten/ gesetzliche/n Vertreter/in)

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis für Kinderneurologie Dr. med. U. Ancker meine Patientendaten/ Daten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz zur Verfügung gestellt (Aushang im Wartezimmer) und bei Bedarf auch ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte über Umfang und Art meiner Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, über die Möglichkeit Widerspruch einzulegen und die daraus resultierenden Folgen.

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die erhobenen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Kinder-/Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Kinder-/Hausarzt und/oder überweisender Arzt	Mit Bericht einverstanden	
	Ja	Nein
Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Im Falle einer stationären Aufnahme oder im Notfall bin ich mit der Weitergabe der erhobenen Befunde an das behandelnde Krankenhaus einverstanden:
Ja Nein
- Eine wichtige Untersuchung zur Diagnostik neurologischer Erkrankungen ist das **Elektroenzephalogramm (EEG)**
Zur besseren Beurteilung der EEG Ableitung ist die zeitgleiche Aufnahme eines Videos erforderlich.
(Bei unauffälligen Befunden werden die Aufzeichnungen innerhalb von 24 Stunden wieder gelöscht)
Ich bin mit der Videoaufzeichnung einverstanden: Ja Nein
- Ich möchte an vereinbarte Behandlungstermine telefonisch erinnert werden.
Ja Nein

Parallelbehandlung:

Sie bestätigen hiermit zudem, dass aktuell **keine parallele Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz, dem Werner-Otto-Institut, dem Zentrum für Kindesentwicklung (Flehmig-Institut), einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder einer anderen kinderneurologischen Praxis erfolgt.** Sollte dort eine parallele Behandlung begonnen werden, teilen Sie uns dies sofort mit.

Sie können die oben genannten Einverständniserklärungen jederzeit ändern oder widerrufen. Wir bitten Sie in diesem Fall um schriftliche Mitteilung
Sollten sich Familienstand oder Sorgerechtsverhältnisse ändern, teilen Sie uns dies bitte unaufgefordert mit.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (ab dem 16. Lebensjahr)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten/ gesetzliche/n Vertreter/in

Bitte wenden →