



## Elternfragebogen

## Anamnese Erstkontakt

**Liebe Eltern,**  
**bitte füllen Sie soweit erforderlich, folgenden Fragebogen aus. Bei Fragen lassen Sie die entsprechenden Punkte aus, wir besprechen dann den Inhalt im Arztkontakt.**  
**Ihr Praxisteam**

Nachname des Patienten: \_\_\_\_\_

Vornamen des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Staatsangehörigkeit:  Deutsch  andere: \_\_\_\_\_

Muttersprache:  Deutsch  andere: \_\_\_\_\_

Gesundheitsfürsorgerecht:  alleinig Mutter  alleinig Vater  gemeinsam  
 andere (bitte Bescheinigung vorlegen): \_\_\_\_\_

Name, Vorname Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Name, Vorname Vater: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Name, Vorname andere: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Wer darf?	Mutter (s.o.)	Vater (s.o.)	Andere (s.o.)
Auskünfte erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungen einwilligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezepte / Bescheinigungen mitnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ilmenau, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Mutter / Vater / Vormund)

**Bitte Wenden! ->**



Weshalb möchten Sie Ihr Kind in unserer neurologischen Sprechstunde vorstellen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese Probleme? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bekannte chronische Erkrankungen (z.B. Neurodermitis, Asthma, Diabetes, Rhema...)?

nein

ja, \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine Dauermedikation oder eine Bedarfsmedikation?

nein

ja, mit

Name	Dosis

Hat Ihr Kind eine Allergie, auch solche gegen Medikamente oder Nahrungsmittel?

nein

ja, gegen \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind bisher Therapien erhalten?

nein

ja, und zwar

- Physiotherapie seit (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  läuft noch  bis \_\_\_\_\_
- Ergotherapie seit (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  läuft noch  bis \_\_\_\_\_
- Logopädie seit (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  läuft noch  bis \_\_\_\_\_
- Psychotherapie seit (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  läuft noch  bis \_\_\_\_\_
- Frühförderung seit (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_  läuft noch  bis \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  läuft noch  bis \_\_\_\_\_
- Reha wie viele? : \_\_\_\_\_ in welchem Jahr?: \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bereits apparative Untersuchungen erhalten?

nein

- ja,  EEG wann (Jahr)? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_ Ergebnis? \_\_\_\_\_
- MRT wann (Jahr)? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_ Ergebnis? \_\_\_\_\_
- Intelligenztestung wann (Jahr)? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_ Ergebnis? \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_ wann (Jahr)? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_ Ergebnis? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?

nein

- ja,  Rollstuhl / Rehabuggy / Gehhilfen seit wann (Jahr)? \_\_\_\_\_
- Therapiestuhl / Stehtisch seit wann (Jahr)? \_\_\_\_\_
- Orthesen / Lagerungsschienen seit wann (Jahr)? \_\_\_\_\_
- Pflegebett / Dusch- o. Badehilfen / Windelverordnung seit wann (Jahr)? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Schwerbeschädigtenausweis oder einen Pflegegrad?

nein  ja, \_\_\_ % GdB, Merkzeichen \_\_\_\_\_ ; Pflegegrad \_\_\_\_\_

**Bitte Wenden! ->**



Gab es Probleme während der Schwangerschaft oder Geburt?

nein

ja, und zwar:  Frühgeburt \_\_\_ Wochen oder \_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Nabelschnurumschlingung

Sauerstoffmangel / Asphyxie

Krankenhausaufenthalt in ersten 6 Lebensmonaten

andere: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Geschwister?

nein

ja,

Vorname	Alter	Gleicher Vater	Anderer Vater	Chronische Erkrankungen?
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gibt es chronische Erkrankungen in der Familie?

nein

ja, und zwar:

Bauchspeicheldrüse / Zuckerkrankheit

Leber/ Galle

Lunge (Asthma/COPD)

Gehirn / Nervensystem / Krampfanfälle

Magen-/Darmtrakt

Blutbildung

Haut (Neurodermitis / Psoriasis...)

Milz

Niere/Harnwege

Herz / Blutdruck

Muskeln

Schilddrüse

Knochen / Gelenke / Wirbelsäule

Krebserkrankung

körperliche oder geistige Behinderung

Lernschwäche

LRS / Dyskalkulie

andere: \_\_\_\_\_

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt lebend?

nein

ja

Kind lebt bei  Mutter / bei  Vater

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Elternteil verstorben?

nein

ja

wer und wann? \_\_\_\_\_

Terminkalender des Kindes

	Was?	Wann (Wochentage)?	Dauer (Stunden)?	Wie gerne?
Sport				
Musik				
Künstlerische Tätigkeiten				
Jugendgruppen				
Nachhilfe				
Sonstiges				

**Bitte Wenden! ->**



In welcher Klasse sind Ihnen die Schulprobleme das erste Mal aufgefallen? \_\_\_\_\_ . Klasse

In welcher Klasse wurden Sie vom Lehrer das erste Mal auf Schulprobleme angesprochen? \_\_\_\_\_ . Klasse

In welcher Klassenstufe lernt Ihr Kind? \_\_\_\_\_ . Klasse

Wurde bisher eine Klasse wiederholt?

nein      ja, und zwar: \_\_\_\_\_ . Klasse

An welcher Schule lernt Ihr Kind (Name, Ort)? \_\_\_\_\_

Hat es bisher die Schule gewechselt (nicht Wechsel von Grundschule auf weiterführende Schule)?

nein      ja, Klasse \_\_\_ bis \_\_\_ Name, Ort Schule: \_\_\_\_\_

ja, Klasse \_\_\_ bis \_\_\_ Name, Ort Schule: \_\_\_\_\_

In welchen Fächern bestehen Schulprobleme?

- Konzentrationsprobleme in (fast) allen Fächern  
 allgemeine Lernprobleme (außer Konzentration) in allen Fächern  
 Mathematik       auch andere naturwissenschaftliche Fächer, z.B. \_\_\_\_\_  
 Deutsch       auch andere Sprachen. Welche lernt Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Nachteilsausgleich?

- nein  
 ja, und zwar seit Klasse: \_\_\_\_\_ Worin besteht Nachteilsausgleich? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Förderplan?

- nein  
 ja, und zwar seit Klasse: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind ein Fördergutachten durch den MSD / TQB?

- nein  
 ja, und zwar seit Klasse: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Förderunterricht?

- nein  
 ja, und zwar in Fächern: \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_ Findet er regelmäßig statt?  ja  nein

Hat Ihr Kind den normalen Lehrplan von Grundschule / Regelschule / Gymnasium?

- ja  
 nein    Lernförderplan    Lehrplan zur individuellen Lebensbewältigung

Welchen Schulabschluss und welche Ausbildung haben Sie?

	Mutter	(leibliche) Vater
Schulabschluss		
Berufsausbildung		
Derzeitige Berufstätigkeit als		



## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte PatientInnen, sehr geehrte Eltern,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten bzw. der personenbezogenen Daten Ihres Kindes sind uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICH FÜR DIE DATENVERARBEITUNG IST

Praxisname:	Kinderarztpraxis Dr. med. H. Reichelt
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):	Friesenstraße 6 98693 Ilmenau
Kontakt:	Telefon: 03677 – 63434 E-mail: <a href="mailto:info@kinderarzt-ilmenau.de">info@kinderarzt-ilmenau.de</a> <a href="http://www.kinderarzt-ilmenau.de">www.kinderarzt-ilmenau.de</a>
Datenschutzverantwortliche:	Dr. med. Heike Reichelt

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Wir brauchen Ihre Daten, um Ihre Patientenakte ordentlich zu führen. Dazu sind wir nach §630f BGB verpflichtet, damit jederzeit eine vollständige Dokumentation Ihrer Behandlung durch uns vorliegt. Wir unterliegend der ärztlichen Schweigepflicht, alle unsere Mitarbeiter sind entsprechend geschult und verpflichtet.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Außerdem gehören dazu auch Adress- und Kontaktinformationen, Versicherteninformationen wie Krankenkasse, Versichertennummer usw.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir nutzen Daten nach Artikel 6 Absatz 1 lit. a) DSGVO nur mit Ihrer Einwilligung, z.B. wenn Sie unseren Recall - Service nutzen. Auch die Abholung Ihrer Rezepte, Befunde, Arztbriefe oder anderer Dokumente durch Ihre Angehörigen oder andere Personen können wir nur ermöglichen, wenn Sie uns dazu die Erlaubnis geben.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen 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.



#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

#### 5. IHRE PFLICHTEN

Wenn wir Sie behandeln sollen, oder wenn Sie die oben genannten Zusatzdienste nutzen möchten, dann können wir dies nur dann, wenn Sie uns alle dafür erforderlichen Daten mitteilen. Möchten Sie dies nicht, dann können wir Sie nicht weiter behandeln oder die genannten Dienste nicht erbringen.

#### 6. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie 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. Es kann sein, dass wir Ihre Daten aufgrund von gesetzlichen oder anderen Verpflichtungen nicht löschen können.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. Eine von Ihnen erteilte Einwilligung in der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, sofern die Grundlage der Verarbeitung auf Art. 6 (1) lit. A DSGVO, „Einwilligung“ beruht. Dies gilt bei uns für: Recall-Services und Weitergabe der Rezepte, Befunde, Arztbriefe, Bescheinigungen an Angehörige und Dritte. Widerrufen Sie die Verarbeitung Ihrer Daten, dann wird dadurch die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung auf der Grundlage Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf nicht berührt.

Sie haben ferner 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 uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postadresse: Postfach 90 04 55 | 99107 Erfurt Besucheradresse: Häßlerstrasse 8 | 99096 Erfurt  
Tel.: 03 61 / 57 311 29 00 | Fax : 03 61 / 57 311 29 04 | [poststelle@datenschutz.thueringen.de](mailto:poststelle@datenschutz.thueringen.de)

#### 6. 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. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

#### IHR PRAXISTEAM