

## Stammdatenblatt:

### Familienanamnese:

Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr.: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei: ☐ beiden Eltern oder bei \_\_\_\_\_

Sorgerecht: ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ anderer

Versicherung: \_\_\_\_\_ Hauptversicherte Person Mutter  
Vater

### **Eltern:**

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Sind die Eltern ☐ verheiratet ☐ zusammenlebend ☐ getrennt lebend ☐ geschieden

### **Geschwister:**

Name: \_\_\_\_\_ ☐ weiblich ☐ männlich Geb. Dat.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ ☐ weiblich ☐ männlich Geb. Dat.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ ☐ weiblich ☐ männlich Geb. Dat.: \_\_\_\_\_

### **Chronische Erkrankungen in der Familie:**

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Oma: \_\_\_\_\_

Opa: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

-bitte wenden-

**Bei versäumten Terminen, die nicht spätestens werktags während unserer Öffnungszeiten 24 Stunden vor Termin abgesagt wurden, erlauben wir uns 50€ privat in Rechnung zu stellen.**

**Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung bei Fr. Vogel zum Zweck der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung sowie einer lückenlosen Dokumentation im erforderlichen Umfang an Ärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Labore weitergegeben werden dürfen – bzw. von diesen, über meine Behandlung dort, im erforderlichen Umfang eingeholt werden können.**

**Zu Informationszwecken, z.B. Termin vergessen, nächste Impfung oder U-Untersuchung, dürfen Sie mich gerne kontaktieren.**

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft, bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.**

Gernsheim, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von    ☐ Mutter                      ☐ Vater                      ☐ sonstige/r Erziehungsberechtigte/r