

Dr. med. Bernadette Saul Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Herzlich willkommen in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. Saul. Sie sind heute das erste Mal mit Ihrem Kind in unserer Behandlung. Im Interesse einer für Ihr Kind optimalen Behandlung bitten wir um folgende Angaben.

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Eltern:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Vater

Mutter

Anschrift:

Straße	Nr.	Telefon privat
--------	-----	----------------

PLZ	Ort	Telefon mobil
-----	-----	---------------

E-Mail-Adresse:

Krankenkasse:

1. Um eine reibungslose Weiter- oder Neubehandlung sicher zu gewährleisten, bin ich einverstanden, dass alle ärztlich erforderlichen Informationen meines Kindes an Frau Dr. med. B. Saul als Praxisinhaberin und Frau Dr. med. Detel-Kreyziu als angestellte Fachärztin oder im Vertretungsfall den Ärzten hier in der Praxis zugänglich gemacht werden dürfen.

Ja

Nein

2. Dürfen wir Sie ggf. telefonisch an wichtige Behandlungs-/Kontrolltermine erinnern?

Ja

Nein

3. Hiermit bestätige ich über die EU-Datenschutzverordnung ausführlich informiert worden zu sein. Ein entsprechendes Informationsblatt hängt an der Anmeldung aus. Kopien liegen zur Mitnahme bereit.

Hiermit bestätige ich auch die Richtigkeit der o.g. Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift