ARTEMIS
Augenkliniken und
med. Versorgungszentren

Anamnesebogen Kinder MVZ Augenzentrum Wolfsburg GmbH

Wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen und bitten Sie, den nachfolgenden Anamnesebogen auszufüllen. Dieser dient dazu Begleiterkrankungen zu ermitteln und Ihre bereits verschriebenen Medikamente bei der Medikamentenauswahl zu berücksichtigen.
Wir behandeln Ihre Angaben im Anamnesebogen als Teil der Patientenakte streng vertraulich.
Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen.
Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Name:

Geburtsdatum:

Festnetznummer:

Mobilnummer: E-Mail:

Adresse Kind:

Hauptversicherte*r / ggf. Vormund / Bezugsperson:
(Name, Anschrift wenn nicht identisch)

Krankenkasse:
_____
☐ GKV ☐ PKV

1. Behandelnde Ärzte

a) War Ihr Kind bereits in augenärztlicher Betreuung? Geben Sie bitte Name und/oder Ort an.

b) Wer ist der Kinderarzt? Geben Sie bitte Name und/oder Ort an.

2. **Grund** des Besuches

a) Hat Ihr Kind Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

b) Sind Auffälligkeiten beim Sehverhalten Ihres Kindes bekannt oder hat Ihr Kind Probleme in der Schule/im Kindergarten geäußert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

3. Sind bei Ihrem Kind **Allergien** bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

4. Sind bei Ihrem Kind **Erkrankungen** (z. B. Epilepsie) bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? Jahr:

5. War der **Schwangerschafts-/Geburtsverlauf** auffällig? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Auffälligkeiten gab es?

6. Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte listen Sie alle auf.

7. Wurde Ihr Kind an den Augen operiert? ☐ Ja ☐ Nein

Jahr:

8. Sind in der Familie chronische Erkrankungen/Augenerkrankungen bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und bei wem?

9. Schielt jemand in der Familie? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wer?

10. Sind Mutter und/oder Vater Brillenträger? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wer?

Datum, Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Einwilligung zur Datenübermittlung & digitalen Terminverwaltung & zur Aufnahme und Transkription des Arzt-Patienten-Gesprächs

1. Datenübermittlung gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

   Ich bin damit einverstanden, dass medizinisch relevante Daten und Befunde zwischen meinem Haus-/Augenarzt (siehe Anamnesebogen) und dieser Praxis gegenseitig übermittelt werden, soweit dies für Dokumentation und Behandlung erforderlich ist. Die Übermittlung erfolgt zum Zweck der Sicherstellung meiner Behandlung und Betreuung.

   ☐ Ja, ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden
   ☐ Nein, ich bin nicht einverstanden

Widerruf: Sie können die oben genannten Einwilligungen zu jeder Zeit (auch teilweise) widerrufen. Der Widerruf ist nur für die Zukunft möglich und nicht für bereits erfolgte Datenverarbeitungsvorgänge. Hat eine Aufnahme und Transkription bereits stattgefunden, werden Ihre Daten aus dem System gelöscht, sofern die Speicherdauer nicht bereits abgelaufen ist. Im Falle des Widerrufs kann es zu Einschränkungen der Leistungen gegenüber Ihnen kommen bis hin dazu, dass Augenarztpraxis MVZ Augenzentrum Wolfsburg GmbH die Leistungen Ihnen gegenüber einstellen kann. Weitere Informationen zum Verantwortlichen, zu Ihren Datenschutz- und Beschwerderechten sowie zu den Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten finden Sie in unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ im Aushang. Kopie dieser Erklärung:

☐ Ich wünsche eine Kopie ☐ Ich wünsche keine Kopie

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur oben beschriebenen Datenverarbeitung.

Vorname, Name (ggf. Name der Betreuungsperson)

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. der Betreuungsperson