

DATENBLATT KINDER

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

PATIENT(IN)

Vor- & Zuname:	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	SV-Nummer:	
Straße, Hausnr:		
PLZ, Ort:		
Hausarzt:	Zusatzversicherung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Allergien:		

MUTTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Vor- & Zuname:	
Geburtsdatum:	SV-Nummer:
Adresse:	(falls abweichend)
Telefon:	Email:
Krankenkasse:	Dienstgeber/Ort:

VATER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Vor- & Zuname:	
Geburtsdatum:	SV-Nummer:
Adresse:	(falls abweichend)
Telefon:	Email:
Krankenkasse:	Dienstgeber/Ort:

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass persönliche und gesundheitliche Daten im Rahmen der Patientenverwaltung und der ärztlichen Dokumentation gespeichert und verarbeitet werden. Informationen zur Datenschutzgrundverordnung liegen jederzeit zur Einsicht in der Praxis auf.

- Ich bin einverstanden, im Bedarfsfall telefonisch medizinische Auskünfte unter oben genannter Mobilnummer zu erhalten.
- Ich bin einverstanden, nach Bekanntgabe einer Email-Adresse im Einzelfall per Email medizinische Auskünfte/ Befunde zu erhalten, welche persönliche und gesundheitliche Daten beinhalten. Diese werden mit einem Passwort verschlüsselt, das der 10-stelligen Versicherungsnummer der Patient:in entspricht.

St. Valentin,

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)