

Dr. med. Florian Thiel  
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde  
Kinderneurologe

Sülldorfer Landstraße 5  
22589 Hamburg



## Anmeldung Neupatient

Kind Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Geschlecht: ml. \_\_\_\_\_ wbl. \_\_\_\_\_

Vater\* Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

Mutter\* Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil 1: \_\_\_\_\_

Mobil 2: \_\_\_\_\_

ggfls. weitere Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail 1: \_\_\_\_\_

E-Mail 2: \_\_\_\_\_

\*Vater und Mutter stehen für die erziehungsberechtigten Personen.

Gemeint sind selbstverständlich auch gleichgeschlechtliche Elternpaare und Pflegeeltern.

gemeinsames Sorgerecht

Sorgerecht hat \_\_\_\_\_

(bitte legen Sie einen Gerichtsbeschluss vor)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigte/r

Dr. med. Florian Thiel  
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde  
Kinderneurologe

Sülldorfer Landstraße 5  
22589 Hamburg



## Neupatient Anamnese

Kind Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Geschlecht: ml. \_\_\_\_\_ wbl. \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung? o ja / o nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? o ja / o nein

Wenn ja, wann und welcher Eingriff? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? o ja / o nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an atopischem Ekzem, Heuschnupfen oder Asthma? o ja / o nein

Wenn ja, bitte im Einzelnen angeben: \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie Allergien/ atopische Erkrankungen? o ja / o nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

Leiden Sie (Mutter o. Vater) an einer chronischen Erkrankung? o ja / o nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an einer anderen chronischen Erkrankung? o ja / o nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? o ja / o nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Dr. med. Florian Thiel  
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde  
Kinderneurologe

Sülldorfer Landstraße 5  
22589 Hamburg



## Patienteneinwilligung - Transparenzerklärung

Sehr geehrte Patienten und Eltern,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten und die Daten Ihres Kindes an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung bzw. der Behandlung Ihres Kindes an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen und Ihnen weitere Service-Angebote anbieten zu können, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich stellvertretend für mein Kind

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ ein,

dass die Kinderarztpraxis Dr. Florian Thiel Behandlungsdaten und Befunde meines Kindes einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem es in Behandlung ist, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an die Kinderarztpraxis Hoek weiterzuleiten. Die Kinderarztpraxis darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

dass an folgende Angehörige/Personen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten meines Kindes weitergegeben werden dürfen:

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

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

dass Unterlagen per E-Mail/Fax geschickt werden.

dass Rezepte und/ oder Verordnungen direkt an

\_\_\_\_\_ weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigte/r