

---

## Elternfragebogen im Rahmen der Erstvorstellung

Liebe Eltern,

um Ihre Familie und insbesondere Ihr Kind/Ihre Kinder näher kennen zu lernen, bitten wir Sie, uns durch die Beantwortung des folgenden Fragebogens nähere Informationen über Ihre aktuelle Lebenssituation und die medizinische Vorgeschichte zu geben. Alle Angaben sind hierbei freiwillig, Fragen zu denen Sie keine Angaben machen möchten, lassen Sie einfach frei.

### Wichtige Familiendaten:

Vor- und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum d.K.: \_\_\_\_\_ Geburtsort d.K.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum d. Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf d. Mutter: \_\_\_\_\_

Vor und Zuname des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum d.Vaters: \_\_\_\_\_ Beruf d. Vaters: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt sind:  beide Eltern;  Mutter;  Vater;  andere

Besondere Familiensituation: (z.B. allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Umzug, Trennung, Tod)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Geschwister?  keine

falls ja, bitte Angabe von Name, Alter, Geschlecht, medizinischen Besonderheiten

Die Betreuung des Kindes erfolgt durch folgende Personen/Einrichtungen:

- Eltern     Großeltern     Tagesmutter     sonstige \_\_\_\_\_
- Kindergarten \_\_\_\_\_
- Schule \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

### Familienanamnese:

Besteht bei erstgradigen Verwandten des Kindes bzw. der Kinder (Vater, Mutter, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen:

- |   | Mutter | / | Vater | / | Geschwister |
|---|--------|---|-------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale          | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis              | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen               | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Allergien                  | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen           | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen         | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen           | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen           | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen   | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Erhöhtes Cholesterin       | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus          | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck              | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (Brille) | _____  |   |       |   |             |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen      | _____  |   |       |   |             |

Bei mehreren Kindern, Name des Kindes: \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen des Kindes:

Wichtige durchlebte Erkrankungen Ihres Kindes:  keine

---

---

Chronische Erkrankungen Ihres Kindes:  keine

---

---

Stattgehabte Operationen Ihres Kindes:  keine

---

---

Sonstige Krankenhausaufenthalte Ihres Kindes:  keine

---

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein:  keine

---

---

Welcher Arzt hat Ihr Kind bisher hausärztlich betreut:

---

---

### Schwangerschaft / Geburt

Erkrankungen/ Medikamente während der Schwangerschaft?  keine

---

---

Gab es Komplikationen während der Geburt?  keine

---

---

Bei mehreren Kindern, Name des Kindes: \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? \_\_\_\_\_SSW

Auf welchem Wege erfolgte die Geburt?

spontan       Kaiserschnitt       Saugglocke       Zangengeburt

Gab es Komplikationen nach der Geburt?  keine

### Bisherige Entwicklung

Wurden bisher Entwicklungsauffälligkeiten beobachtet?  keine

Falls erinnerlich, in welchem Lebensalter wurden folgende Entwicklungsschritte erreicht: Freies Sitzen: \_\_\_ Monate; Freies Laufen: \_\_\_ Monate; Erste Worte: \_\_\_ Monate;

Welche Sprachen werden mit Ihrem Kind gesprochen:  deutsch

Sonstige Besonderheiten der Familie, Krankengeschichte oder bisherigen Entwicklung, die Sie für wichtig empfinden und noch nicht erfragt wurden?

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_, von \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

*Ihr Praxisteam Beck*

- Informationsblatt zum Verbleib in Ihren Unterlagen -

## Patienteninformation zum Datenschutz

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Datenschutzbeauftragter ist:

Dr. med. Lars Hendrik Beck  
Facharzt für Kinder- & Jugendmedizin / Allergologie  
Mittelstraße 11A, 45549 Sprockhövel  
info-praxis-beck@web.de / www.praxis-beck-im-web.de

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf  
0211-38424-0  
Poststelle@ldi.nrw.de

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

- Informationsblatt zum Verbleib in Ihren Unterlagen -