Praxis für Kinder und Jugendmedizin Petra Janssen & Team
Neue Str. 23 | 27432 Bremervörde | Tel.: 04761-1233 | E-Mail: praxis@kindermedizin-janssen.de

Patientenbogen

Name des Kindes:_____ geb.: _____

Geburtsort: _____ Versicherung: [ ]Gesetzlich [ ]Privat [ ]Beihilfe

Schwangerschaft: [ ] unauffällig
[ ] auffällig, wenn ja was: _____

Name der Mutter: _____ geb.: _____

Beruf: _____ [ ]verheiratet [ ]ledig [ ]sorgeberechtigt

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Pertussis-Impfung in Schwangerschaft erfolgt: [ ] ja [ ] nein

Name des Vaters: _____ geb.: _____

Beruf: _____ [ ]verheiratet [ ]ledig [ ]sorgeberechtigt

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name Geschwister	**Geburtsdatum**		**Name Geschwister**	**Geburtsdatum**

Familien Vorgeschichte:	**x**	**Wer? z.B. Mutter, Vater, Oma, Opa, Geschwister, usw.**	
angeborene Hüfterkrankungen			
Asthma bronchiale			
Neurodermitis			
Diabetes mellitus			
Bluthochdruck			
Schilddrüsenfunktionsstörung			
Fettstoffwechselstörung			
Raucher			
Allergien		Wer:	Welche:
Unverträglichkeiten		Wer:	Welche:
Sonstiges Wichtiges			

→ ***bitte wenden***

Praxis für Kinder und Jugendmedizin Petra Janssen & Team
Neue Str. 23 | 27432 Bremervörde | Tel.: 04761-1233 | E-Mail: praxis@kindermedizin-janssen.de

Einverständniserklärung zur Termindatenübermittlung per E-Mail/SMS/Telefon, sowie zur Kontaktaufnahme durch die Kinderarztpraxis

Ich bin damit einverstanden, dass alle notwendigen Daten zum vereinbarten Termin zur Terminbestätigung und -erinnerung unverschlüsselt per E-Mail oder SMS oder Telefon übermittelt werden. Notwendige Termindaten umfassen folgende Informationen: Datum, Uhrzeit, Grund und Praxisname und -adresse. CLICKVDOC

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich über meine Kontaktdaten kontaktieren darf.

Die Einverständniserklärung gilt bis auf weiteres und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres müssen die Erziehungsberechtigten einwilligen, bei Minderjährigen ab Vollendung des 16. Lebensjahres diese selbst und die Erziehungsberechtigten.

_____

Ort, Datum, Unterschrift eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten

_____

Unterschrift bei Minderjährigen ab 16. Geburtstag

_____

_____

Vereinbarung über ein Ausfallhonorar

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,
unsere Praxis arbeitet als Bestellpraxis. Das bedeutet, dass vereinbarte Termine ausschließlich für Ihr Kind reserviert sind. Dadurch können wir Wartezeiten kurz halten und ausreichend Zeit für eine sorgfältige medizinische Betreuung einplanen.

Nicht oder zu spät abgesagte Termine führen dazu, dass die reservierte Zeit nicht anderweitig vergeben werden kann. Dies bedeutet sowohl organisatorischen als auch wirtschaftlichen Aufwand für unsere Praxis.

Wir bitten Sie daher, vereinbarte Termine **spätestens 24 Stunden** vorher telefonisch 04761-1233 oder per E-Mail praxis@kindermedizin-janssen.de abzusagen.

Sollte ein Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden oder ohne Mitteilung nicht wahrgenommen werden, behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.
Rechtsgrundlage hierfür ist § 615 BGB (Vergütung bei Annahmeverzug).

Selbstverständlich wird in begründeten Ausnahmefällen (z. B. akute Erkrankung am selben Tag, Notfall) individuell entschieden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, diese Regelung zur Kenntnis genommen zu haben und ihr zuzustimmen.

_____

Ort, Datum, Unterschrift eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten

→ ***bitte wenden***