



**FM 7 – 5.1 b**  
**Anamnesebogen Kinder**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon(priv.)
E-Mail	Handy	
Kinderarzt	Anschrift des Kinderarztes	
Krankenkasse		

**Die Abrechnung für die Privatpatienten erfolgt über die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) in Bad Segeberg.**

Name der Hauptversicherten bei Kindern und Jugendlichen oder bei abweichender Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Eltern,  
wir möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie dienen ausschließlich der verbesserten Betreuung Ihres Kindes und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Rückseite dieses Bogens.

**Handelt es sich um einen**

**Schul- oder Kindergartenunfall bzw. Wegeunfall?**  Ja  Nein

**Eine wichtige Bitte:** Wenn Ihr Kind heute aufgrund eines Schul- oder Kindergartenunfalls bzw. eines Wegeunfalls unsere Behandlung in Anspruch nimmt, lassen Sie sich bitte an der Anmeldung ein weiteres Formular aushändigen.

Gab es Operationen? Wenn ja, welche?  Ja  Nein Welche?

Ist Ihr Kind Diabetiker (zuckerkrank)?  Ja  Nein

Sind ansteckende Kinderkrankheiten bekannt?  Ja  Nein Welche?

Hat Ihr Kind Vorerkrankungen?  Ja  Nein Welche?

**Hat Ihr Kind Allergien?**  Ja  Nein Welche?  
(Ggf. bitte Allergiepass vorlegen)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein Welche?

Treibt Ihr Kind Sport?  Ja  Nein Sportart?

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!!!!!!**



**„ Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt  
anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen“**

Eid des Hippokrates, Ärztliche Schweigepflicht, ca. 400v. Chr.

**Information zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der „Datenschutz“ bezeichnet den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten  
(Name, Adresse, Telefon, Arbeitgeber, Beruf etc.) vor einem Missbrauch durch unbefugte Dritte.

Die Praxis Dr. Buchholz & Partner versichert Ihnen, die aufgenommenen Patientendaten nach den Grundlagen und  
Rechtsvorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie unter der Anleitung der Datenschutzbeauftragten  
zu verwalten und vor dem Zugriff unbefugter Dritter zu schützen.

**Bitte beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse die folgenden Punkte:**

- Bitte teilen Sie uns schriftlich mit, wenn Sie uns ganz oder teilweise gegenüber Dritten  
(z.B. Versicherungen, Behörden, Familienangehörigen) von der Schweigepflicht entbinden möchten.
- Sie haben jederzeit das Recht die Einverständniserklärung zu widerrufen.

Zusätzlich benötigen wir Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen personenbezogenen und medizinischen  
Daten an die ggf. mit behandelnden Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (externes Labor  
Frohreich, Röntgen, CT, Gewebeproben, zuständige Berufsgenossenschaften) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

**Weitere Informationen zum Thema Datenschutz erhalten Sie an der Anmeldung.**

**Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin wird die Abrechnung der  
ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.  
Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren  
Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur  
bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür  
notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen  
zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht  
und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen,  
zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur  
endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit  
Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks  
Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen  
Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach  
der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt.  
Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser  
Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen  
hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte  
Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies  
aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS  
mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch  
hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: [www.ihre-pvs.de/datenschutz](http://www.ihre-pvs.de/datenschutz)

**Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit  
den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.**

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter