

Patientenanmeldung

Kind: Familienname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. _____

Krankenkasse: _____ KK-Nummer: _____

Mutter:
Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel: _____ e-mail: _____

Vater:
Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel. : _____ e-mail: _____

Kinderarzt-/ärztin (nur bei Vertretung/Notfalldienst ausfüllen) _____

Info: Wir rechnen **direkt** mit der **Krankenkasse** ab.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen **weiterzuleiten**.

Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich/mein Kind zur Einsicht **anzufordern**, sowie **medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden**.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via **MediPort** verschickt.

Datum: _____ Unterschrift: _____