

## Patientenanmeldung

**Kind:** Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geschwister (Name+Geb-Datum): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_