

## 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 MediData-Netz an den Versicherer und elektronisch an mich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) übermittelt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_