



Anmeldeformular Kinderarztpraxis am Bahnhof

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Adresse/Strasse	PLZ/ Wohnort
Tel. Privat:	Natel:
Email:	
Krankenkasse/Versicherung	Mitgliedernummer
Vater Name und Vorname	Geburtsdatum
Mutter Name und Vorname	Geburtsdatum
Geschwister Name und Vorname	Geburtsdatum
Geschwister Name und Vorname	Geburtsdatum
Geschwister Name und Vorname	Geburtsdatum
Beruf Eltern	
Mutter:	Vater:
Hausarzt/- ärztin der Familie/ Zuweisender Arzt	
Kostenträger Ambulante Behandlung	Krankenkasse Unfallversicherung Selbstzahler
Ich wünsche das Abrechnungssystem:	Arztrechnung an mich (Tiers garant) Arztrechnung an Krankenkasse (Tiers payant)
<p>Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderliche 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.</p> <p>Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern. Der Patient erklärt sich einverstanden, dass die Medizinischen Akten bei einem allfälligen Wechsel dem nachbehandelnden Hausarzt resp. Kinderarzt weiterzuleiten. Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass dass der Arzt seine Rechnungen elektronische an die Versicherungsträger übermitteln kann.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift