

Anmeldeformular für Patienten

Korrekturen / Ergänzungen zur Etikette

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse Nr.	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Festnetz (Tel. P)	<input type="text"/>
Eigenes Natel (Tel. G)	<input type="text"/>
Eigene E-Mailadresse	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>



Mutter Rechnungsempfängerin ()

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Mobilnummer	<input type="text"/>
E-Mailadresse	<input type="text"/>

Adresse wie oben () oder:

Strasse	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

Vater Rechnungsempfänger ()

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Mobilnummer	<input type="text"/>
E-Mailadresse	<input type="text"/>

Adresse wie oben () oder:

Strasse	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

Krankenversicherung

Name d. Versicherung	<input type="text"/>
Versicherten-Nr.	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Rechnungsstellung	<input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> an die Krankenkasse <input type="checkbox"/> Kopie immer per Post n. Hause <input type="checkbox"/> Kopie auf Wunsch i.d. Praxis

Ggf. weitere wichtige Kontaktperson

() Beistand, () Oma, () Opa, () _____

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Mobilnummer	<input type="text"/>
E-Mailadresse	<input type="text"/>

Die in der Praxis geführten Krankengeschichten werden als Qualitätskontrolle periodisch und stichprobenmässig durch externe medizinische Fachpersonen geprüft. Alle externen Prüfer haben sich schriftlich bzw. vertraglich zur Geheimhaltung verpflichtet.

Ich bin einverstanden, dass ein(e) externe(r) Prüfer(in) meine Krankengeschichte einsehen darf.

<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein

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

Datum	<input type="text"/>
-------	----------------------

Unterschrift	<input type="text"/>
--------------	----------------------