

Anmeldeformular für Patienten

Korrekturen / Ergänzungen zur Etikette

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse Nr.	
PLZ Ort	
Festnetz (Tel. P)	
Eigenes Natel (Tel. G)	
Eigene E-Mailadresse	
Geschlecht	



Mutter Rechnungsempfängerin ()

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Mobilnummer	
E-Mailadresse	

Adresse wie oben () oder:

Strasse	
PLZ Ort	
Telefon	

Vater Rechnungsempfänger ()

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Mobilnummer	
E-Mailadresse	

Adresse wie oben () oder:

Strasse	
PLZ Ort	
Telefon	

Krankenversicherung

Name d. Versicherung	
Versicherten-Nr.	
PLZ Ort	
Rechnungsstellung	() nach Hause () an die Krankenkasse*

Ggf. weitere wichtige Kontaktperson

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

Nachname	
Vorname	
Mobilnummer	
E-Mailadresse	

* Ich verzichte ausdrücklich auf die Sendung einer Rechnungskopie per Post (da ich z.B. die Rechnungskopie bei der Krankenversicherung einsehe oder von der Krankenversicherung sowieso zugeschickt bekomme).	
	Unterschrift

Ich erlaube, dass eine externe medizinische Fachperson die Krankengeschichte im Rahmen der externen Qualitätskontrolle als Stichprobe einsehen darf, um die korrekte Aktenführung der Praxis zu überprüfen.	
	Unterschrift

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.	
	Unterschrift