

# Anmeldeformular für Patienten

## Korrekturen / Ergänzungen zur Etikette

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



### 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	<input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> an die Krankenkasse*

### Ggf. weitere wichtige Kontaktperson

( ) Beistand, ( ) Oma, ( ) Opa, ( ) \_\_\_\_\_

Nachname	
Vorname	
Mobilnummer	
E-Mailadresse	

\* Bei Rechnung an die Krankenkasse erhält der Rechnungsempfänger eine Rechnungskopie unverschlüsselt per E-Mail. Wenn das nicht gewünscht ist, bitte «nach Hause» ankreuzen.

	<b>Beitrag zur externen Qualitätskontrolle der Praxis:</b> Die Krankenakte darf als Stichprobe zur Qualitätskontrolle von einer externen Fachperson eingesehen werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	--

- Nicht abgesagte und versäumte Termine werden in Rechnung gestellt.
- Auch ärztliche Informationen per Telefon oder E-Mail werden nach gültigem Tarif verrechnet.
- Bestellte Medikamente werden bei Bestellung in Rechnung gestellt und müssen abgeholt werden.
- Neuaufnahmen nur bis 15 Jahre. Arztwechsel zu Hausarzt-Praxis ab 16 Jahre.

Obenstehende Angaben sind korrekt. Ich bin mit den Regeln der Praxis einverstanden. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versicherungskarte im Online-Verfahren abzufragen und an die rechnungsstellende sowie die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Unterschrift