

Personalien

Kind	Geschlecht <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Name Vorname		
Strasse PLZ Ort		
Geburtsdatum		
Telefon privat		Mobil
E-Mail		
Bisheriger Hausarzt		
Krankenversicherung		
Versicherungsnummer		

Mutter

Name Vorname		
Strasse PLZ Ort		
Geburtsdatum		Beruf
Telefon		E-Mail

Vater

Name Vorname		
Strasse PLZ Ort		
Geburtsdatum		Beruf
Telefon		E-Mail

- ✓ Der Arzt meines Kindes ist ermächtigt, medizinische Auskünfte und Akten, die im Zusammenhang mit der derzeitigen Erkrankung stehen, von anderen Ärzten oder medizinischen Institutionen einzufordern. Er ist ermächtigt, medizinische Ergebnisse, Beurteilungen und Behandlungsempfehlungen dem nachbehandelnden Arzt oder Therapeuten zu übermitteln.
- ✓ Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Praxis die Behandlung direkt dem Krankenversicherer elektronisch Rechnung stellen kann und dafür mit spezialisierten Unternehmen zusammenarbeitet. Dabei werden nur die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten weitergeleitet.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass ich nur auf Verlangen eine Rechnungskopie erhalte. Unser Praxisteam stellt gern auf Nachfrage eine Rechnungskopie oder eine direkt an den Patienten gerichtete Rechnung aus.
- ✓ **Ich nehme zur Kenntnis, dass mir im Verhinderungsfall Kosten für versäumte Konsultationen in Rechnung gestellt werden, sofern ich diese nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt habe.**

Kilchberg, den

Ort, Datum

Unterschrift