

Kind

Familienname <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität <input type="text"/>	
Amtlicher Wohnsitz Strasse, Nr. <input type="text"/> PLZ, Ort <input type="text"/>		ev. Aufenthaltsbewilligung <input type="text"/>	Wohnhaft bei <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere:
Krankenkasse <input type="text"/>		Krankenkassensektion/-Ort <input type="text"/>	
Versicherungsnummer <input type="text"/>		ev. IV-Nummer <input type="text"/>	

Vater

Familienname <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Sprache <input type="text"/>	Nationalität <input type="text"/>	
ev. abweichender Wohnsitz Strasse, Nr. <input type="text"/> PLZ, Ort <input type="text"/>		ev. Aufenthaltsbewilligung <input type="text"/>	Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> andere:
Beruf <input type="text"/>		Körpergrösse <input type="text"/>	
Telefon <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	E-Mail (zur Terminerinnerung) <input type="text"/>	

Mutter

Familienname <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Sprache <input type="text"/>	Nationalität <input type="text"/>	
ev. abweichender Wohnsitz Strasse, Nr. <input type="text"/> PLZ, Ort <input type="text"/>		ev. Aufenthaltsbewilligung <input type="text"/>	Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> andere:
Beruf <input type="text"/>		Körpergrösse <input type="text"/>	
Telefon <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	E-Mail (zur Terminerinnerung) <input type="text"/>	

Korrespondenz / Abrechnungssystem

Korrespondenzadresse <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	Rechnungsadresse <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	
<input type="checkbox"/> Wir schicken die Rechnung direkt an Ihre Krankenkasse. Sie müssen die Arztrechnung nicht selbst bezahlen. Die Versicherung schickt Ihnen dann eventuell eine Rechnung für die Franchise oder den Selbstbehalt. (<i>sogenannt: Tiers payant</i>)		Von uns wünschen Sie zusätzlich <input type="checkbox"/> Rechnungskopie per Post
<input type="checkbox"/> Wir schicken die Rechnung per Post an Sie. Sie zahlen sie und fordern anschliessend den Betrag bei Ihrer Krankenkasse zurück. (<i>sogenannt: Tier garant</i>)		

Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, bei Bedarf medizinische Akten über mein Kind zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnung erforderlichen Daten an die rechnungsstellende oder mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen, weiterzuleiten.

Eine verpasste Konsultation, sofern nicht spätestens 24 Stunden vorgängig abgesagt, erlauben wir uns zu verrechnen. Rechnungs-Mahnungen, nach einer ersten Zahlungserinnerung, sind gebührenpflichtig.

Ort/Datum <input type="text"/>	Name/Vorname in Blockschrift <input type="text"/>	Unterschrift gesetzlicher Vertreter <input type="text"/>
--------------------------------	---	--

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?