

Patientenanmeldung



Kind:

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:
Krankenkasse:	Vers.Nr.:

Eltern: verheiratet getrennt verwitwet
 Konkubinat geschieden Pflegeelternschaft

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater

Mutter:

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse: <input type="checkbox"/> wie Kind	<input type="checkbox"/> Andere:
Tel. privat: Tel. Geschäft:	Beruf (erlernt): Aktuell:
E-Mail:	Arbeitgeber:

Vater:

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse: <input type="checkbox"/> wie Kind	<input type="checkbox"/> Andere:
Tel. privat: Tel. Geschäft:	Beruf (erlernt): Aktuell:
E-Mail:	Arbeitgeber:

Erklärung:

Die/der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der oben genannten Angaben und gibt ihr/sein Einverständnis dafür, dass die Kinderarztpraxis Tamariki bei Bedarf von anderen behandelnden Ärzten relevante Unterlagen oder Informationen anfordern sowie Daten an Inkasso-Büros weitergeben darf.

Ich bin einverstanden, dass die Arztrechnung via MediData direkt an meine Krankenkasse gesandt wird (TP = Tiers payant).

Oberuzwil, den

Unterschrift: