

ANMELDUNG

Name/ Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name des gesetzl. Vertreters: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Zuzahlungen: befreit nicht befreit

Ich erkläre mich bereit, nicht einhaltbare Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht fristgemäß abgesagte Termine werden, wie gesetzlich vorgeschrieben, privat in Rechnung gestellt.

Hiermit entbinde ich die o. g. Praxis von der Schweigepflicht für mich / mein Kind gegenüber Ärzten, Therapeuten, Kindergärten, Schulen, Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsämtern, Sozialämtern, Sozialpädiatrische Zentren,(nicht zutreffendes bitte streichen) , soweit ich / mein Kind von diesen behandelt oder dort betreut werde / wird.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit (schriftlich) widerrufen kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____