

## 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: \_\_\_\_\_