

*Familiename *Vorname.....

*Geburtsdatum/...../..... männlich weiblich

*Strasse / Nr..... *PLZ / Ort.....

*Handy..... Telefon Privat.....

*E-Mail@.....

*Name/Vorname der Mutter & des Vaters

oder der Erziehungsberechtigten

Beruf / Firma der Eltern

*Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?

*Krankenkasse (Grundversicherung Zusatzversicherung)

*Kartenummer 80756.....

*Name/Vorname Ihres Kinderarztes

*Ortschaft Ihres Kinderarztes

*Grund Ihres Besuches bei uns: Habe keinen Kinderarzt Keinen Termin erhalten beim Kinderarzt Abwesenheit Kinderarzt Tourist

Andere:

*Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Kinderarzt Bekannte Erwachsenen-Permanence
 Facebook Internet Werbung Flyer Beim Vorbeigehen Apotheke
 Krankenkasse Medien war schon mit Geschwister hier

Andere:

Wird Ihre Behandlung von der IV oder vom Sozialamt übernommen? Wenn ja, bitte Adresse, zuständige Person, Versicherten Nr. & Verfügung Nr. angeben:

.....

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Rechnungen elektronisch via ein spezialisiertes Partnerunternehmen (MediData) an die Versicherer verschickt werden. Die Sicherheits-Standards entsprechen dem E-Banking. Swiss Medi Kids verschickt aus Umweltschutzgründen keine Rechnungskopien. Diese können in unserer Praxis jederzeit eingesehen werden.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Inkasso- oder Betreibungsstellen über diese Behandlung aufgeklärt werden dürfen, sofern die Rechnung nicht einbringlich sein sollte. Ich akzeptiere die Geltung des Schweizer Rechts und des Gerichtstands am Sitz der Swiss Medi Kids AG.

Sollte ich während der Wartezeit mit meinem Kind die Praxis verlassen, übernehme ich für die Zeit ausserhalb der Praxis die Verantwortung für mein Kind.

*Zürich, den..... *Unterschrift:.....