

**Angaben des Kindes (Bitte in Blockschrift ausfüllen):**

Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Hat Ihr Kind Allergien?	
Name & Ort Ihrer Kinderarztpraxis	
Krankenversicherung	Kartenummer

**Angaben der Elter n / der Erziehungsberechtigten:**

Mutter  Vater  Andere  :

Vorname	Nachname
Tel./Mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Name/Vorname Zweitkontakt	Tel./Mobil

**Grund Ihres Besuches bei uns:**  Haben keine/n Ärztin/Arzt  Keinen Termin erhalten bei Ärztin/Arzt  Touristen

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

**Information Ihres/r Kinderarztes/-ärztin über Ihren Besuch bei uns** Sofern Sie uns die Kontaktdaten Ihrer/s Kinderärztin/-arztes angeben, werden wir diesen über jede Konsultation bei uns mit einem Bericht informieren. Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Formular willigen Sie dazu ein. Sollten Sie diese Information nicht wünschen, bitten wir Sie um gesonderte Information darüber per E-Mail an [admin@swissmedikids.ch](mailto:admin@swissmedikids.ch).

**Rechnungsversand und Rechnerkopie** Ich nehme zur Kenntnis, dass die Rechnungen elektronisch via ein spezialisiertes Partnerunternehmen (Medidoc) an die Versicherer verschickt werden. Die Sicherheits-Standards entsprechen dem E-Banking. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die vom Bundesgesetz über die Krankversicherung (KVG) vorgesehene Zustellung der Kopie der Arztrechnung übermitteln wir Ihnen via 2-Faktor-Authentifizierung auf sichere Weise.

**Einwilligungserklärung**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten sowie der Daten meines Kindes, den Zugriffen auf die Daten meines Kindes durch das Fachpersonal von Swiss Medi Kids sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Datenschutzerklärung vom 15. August 2023 einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte und der Rechte meines Kindes bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen dem Praxispersonal von Swiss Medi Kids und mir als gesetzlicher Vertretung meines Kindes durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Ich bin mir bewusst, dass ich das Recht habe frei zu entscheiden, ob ich die ärztlich verordneten Medikamente mit einem Rezept in der Apotheke oder hier bei den behandelnden Ärzt:innen beziehen möchte. Ich informiere diese, wenn ich keine Medikamentenabgabe wünsche.

Patient:inneninformationen werden seitens Swiss Medi Kids ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie z.B. Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Sollte ich während der Wartezeit mit meinem Kind die Praxis verlassen, übernehme ich für die Zeit außerhalb der Praxis die Verantwortung für mein Kind. **Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung vom 15. August 2023 von Swiss Medi Kids gelesen habe und damit einverstanden bin. Die Datenschutzerklärung ist einsehbar auf der Webseite von Swiss Medi Kids und liegt an jedem Empfang auf.**

Datum:

Unterschrift:

**SWISS MEDI KIDS AG Kinder Permanence**

Hauptsitz Zürich  
Bahnhofplatz 9, 8001 Zürich  
Tel +41 43 343 00 00

Winterthur  
Archplatz 2, 8400 Winterthur  
Tel +41 52 511 10 10

Luzern  
Seidenhofstr. 9, 6003 Luzern  
Tel +41 41 710 10 10

PID: