



ANMELDEFORMULAR BAARER KINDERARZTPRAXIS und Einwilligungserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten

Persönliche Angaben des Kindes (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

| | |
|--|----------------|
| Vorname: | Nachname: |
| Geschlecht: m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/> / d <input type="checkbox"/> | Geburtsdatum: |
| Strasse / Nr.: | PLZ / Wohnort: |
| Krankenversicherung: | |
| Zuweisender Hausärztin/arzt: | |

Persönliche Angaben der Eltern

| Kontakt 1 | Kontakt 2 |
|----------------|----------------|
| Vorname: | Vorname: |
| Nachname | Nachname |
| Strasse / Nr.: | Strasse / Nr.: |
| PLZ / Wohnort: | PLZ / Wohnort: |
| Tel./Mobile 1: | Tel./Mobile 2: |
| E-Mail 1: | E-Mail 2: |

Gesetzliche Vertretung, falls dies nicht die Eltern sind

| | |
|------------------|------------------|
| Institution: | |
| Vorname: | Nachname: |
| Strasse und Nr.: | PLZ und Wohnort: |
| Tel./Mobil: | E-Mail: |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

| | |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.