**Patientenanmeldung Chinderpraxis Gams:**

**Kind:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Geburtsdatum: |
| Vorname: | Geschlecht: w [ ]  m [ ]   |
| Strasse/Nr.: | PLZ/Wohnort: |
| Krankenkasse: | Vers.Nr.: |

**Eltern:** [ ]  verheiratet [ ]  getrennt [ ]  verwittwet

 [ ]  Konkubinat [ ]  geschieden [ ]  Pflegeelternschaft

**Sorgerecht:** [ ]  gemeinsam [ ]  Mutter [ ]  Vater

**Mutter:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname: | Geburtsdatum: |
| Adresse: [ ]  wie Kind | [ ]  andere: |
| Tel. privat:Tel. Geschäft: | Beruf (erlernt):Aktuell: |
| E-Mail: | Arbeitgeber: |

**Vater:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname: | Geburtsdatum: |
| Adresse: [ ]  wie Kind | [ ]  andere: |
| Tel. privat:Tel. Geschäft: | Beruf (erlernt):Aktuell: |
| E-Mail: | Arbeitgeber: |

**gewünschtes Abrechnungssystem:**  **gewünschte Anlieferung Rechnungskopie:**

[ ]  Arztrechnung an Mich (Tier garant) [ ]  per E-Mail

[ ]  Arztrechnung an Krankenversicherung (Tier payant) [ ]  per Post

**Erklärung:**

Die/der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der oben genannten Angaben und gibt ihr/sein Einverständnis dafür, dass die Chinderpraxis Gams bei Bedarf von anderen behandelnden Ärzten relevante Unterlagen oder Informationen anfordern sowie Daten an Inkasso-Büros und Unterlagen an nachbehandelnde Ärzte weitergeben darf.

Hiermit nimmt die/der Unterzeichnende zudem zur Kenntnis, dass die Arztrechnung und Rechnungskopie (bei Auswahl E-Mail an die oben aufgeführte E-Mail-Adresse) via Eastcare auf elektronischem Weg verschickt wird.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

