



## Aufnahmebogen für privatversicherte Patienten

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten, willkommen in unserer Praxis!

Sie beabsichtigen, Ihr Kind in unserer Praxis als Privatpatient behandeln zu lassen. Hierzu benötigen wir einige Angaben. Die Daten unterstehen selbstverständlich in vollem Umfang der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Name des Kindes :

geboren am :

Name der Mutter :

Name des Vaters :

Adresse:

Telefon Nr.:

Email-Adresse:

Rechnungsempfänger, bzw. Hauptversicherter :

Evtl. abweichende Rechnungsadresse :

Krankenversicherung :

Falls bekannt Versicherungsnummer :

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass das Kind als Privatpatient behandelt werden soll, dass ein Versicherungsvertrag bei der o.g. Gesellschaft besteht und dass die Rechnung gesamtschuldnerisch an die unter „Rechnungsempfänger“ genannte Person gestellt werden soll. Getrennt lebende Eltern bestätigen, dass die Vorstellung des Kindes im Einverständnis mit dem unter „Rechnungsempfänger“ genannten Elternteil erfolgt. Wir weisen darauf hin, dass bei einer Ablehnung der Zahlung durch den Rechnungsempfänger in diesem Fall die Rechnung an den anderen Elternteil gestellt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mir Rechnungen per E-Mail zugestellt werden:

Ort, Datum

Unterschrift