

Anmeldung

Krankenkasse: _____

Name des Patienten/
Geburtsdatum: _____

Name des Hauptversicherten/
Geburtsdatum: _____

Name des anderen Elternteils/
Geburtsdatum: _____

Geschwister/
Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy-Nr.: _____

Beruf der Eltern _____ / _____

Haus- bzw. Kinderarzt: _____

Ich bin darüber informiert, dass die Praxis Holz eine Bestellpraxis ist und dass zwischen uns getroffene Terminvereinbarungen verbindlich sind.

Sollte ich einen vereinbarten Termin nicht rechtzeitig – d.h. mindestens 24 Std. vorher – absagen, bin ich damit einverstanden € 50,00 als Unkostenpauschale zu entrichten.

Ich erkläre hiermit, dass für das Kind/Jugendliche nicht bereits eine laufende Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen SPV – Einrichtungen wahrgenommen wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters