

PRAXIS MÄDERHOFgemeinschaft, Badstr. 15, 5400 Baden, Martin Pfeffer
Anmeldeformular / Personalien

| | |
|---|--|
| Name: | <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M |
| Vorname. | Geburtsdatum: |
| Strasse. | |
| PLZ, Wohnort. | |
| Telefon, Privat. | Geschäft: |
| E-Mail: | Mobile: |
| Nationalität: | Konfession: |
| Bisher einbezogene Fachpersonen/stellen: | |
| Beruf: | |
| Beistand: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein..... | Vormund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hausarzt mit Tel: Adresse: | |
| Krankenkasse: | Versicherungsnummer: |
| AHV-Nr.: | |
| Versicherungsmodell: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat | |

Bezugsperson

| | |
|---------------|----------|
| Name: | Vorname. |
| Mobile: | Email: |
| Strasse: | |
| PLZ, Wohnort: | |

Vereinbarungen:

1. Ich verpflichte mich zur Bezahlung der Kosten für die gesamte Behandlungsdauer.
2. Die Monatsrechnungen sind innerhalb von 30 Tagen zahlbar. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier an den Patienten/ Sorgeberechtigten (Tiers Garant) oder elektronische im Tiers Payant (Rechnung direkt an die Krankenkasse).
3. Kann ein Termin nicht eingehalten werden, muss er mindestens 24 Stunden vor Beginn abgesagt werden. Sonst wird er der Patientin oder dem Patienten privat im Gegenwert von Fr. 160.- verrechnet.
4. Ich oder mein Garant erteilen Dr. Pfeffer die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die mit dem allfälligen Inkasso befasste Gesellschaft oder die zuständigen staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichteramt, Gerichte) weiterzuleiten.
5. Der Gerichtsstand ist Baden.
6. Der Unterzeichnete gestattet der Praxis Mäderhof, Unterlagen bei der zuvor behandelnden ÄrztIn/ärztlich/psychologisch geleiteten Diensten einzuholen und Informationen per Email auszutauschen. Ausserdem erhält die zuweisende Ärztin einen Abschlussbericht ohne ausdrücklichen Widerspruch des Patienten oder gesetzlichen Vertreters.

Ort, Datum:

.....
 Unterschrift der Patientin / des Patienten