

PRAXISgemeinschaft MÄDERHOF, Badstr. 15, 5400 Baden, Martin Pfeffer
Anmeldeformular / Personalien

Name	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge		
Vorname:	Geburtsdatum:		
Strasse:			
PLZ, Wohnort:			
Telefon, Privat:	Natel:		
E-Mail:			
Nationalität:	Konfession:		
Schule und Klasse:			
Lehrperson:	Tel./Natel:		
Bisher einbezogene Fachstellen:			
Gesetzliche Vertretung des Kindes:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> gemeinsam
Beistand: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vormund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hausarzt mit Tel: Adresse:			
Krankenkasse:	Vers.-Nr.:		
Modell: <input type="checkbox"/> HMO/Hausarzt <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat			
IV-Verfügung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Verfügungs-Nr.	AHV-Nr.:		

Mutter

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Natel:	Email:	Beruf:

Vater

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Natel:	Email:	Beruf:

Geschwister

Name:	Jahrgang:
Name:	Jahrgang:

Vereinbarungen:

1. Ich verpflichte mich zur Bezahlung der entstehenden 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 nachweisbar mindestens 24 Stunden vor Beginn abgesagt werden. Sonst wird er dem Patienten oder der Patientin privat 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 den damit beauftragten Rechtsanwalt sowie 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 oder ärztlich/psychologisch geleiteten Diensten einzuholen und Informationen per Email auszutauschen. Ausserdem erhält die zuweisende Ärztin einen Abschlussbericht ohne ausdrücklichen Widerspruch.

Ort, Datum:

.....
 Unterschrift PatientIn/Erziehungsberechtigten