

## Patienteninformation

### Erziehungsberechtigte (bei Kindern)

Name	.....	Name	.....
Vorname	.....	Vorname	.....
Geburtsdatum	.....	Strasse	.....
Beruf	.....	PLZ/ Wohnort	.....
Arbeitgeber	.....	Telefon P	.....
Strasse	.....	Telefon G	.....
PLZ/ Wohnort	.....	Natel	.....
Telefon P	.....	Beruf	.....
Telefon G	.....		
Natel	.....		
E-mail	.....		
Hausarzt	.....		

Wer bezahlt?	Zutreffendes ankreuzen	Bitte zuständige Stelle eintragen	Ansprechperson und Tel.
selbst	<input type="checkbox"/>		
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>		
Asyl	<input type="checkbox"/>		

### Datenschutz

Ich erteile Ihnen Dr. Meier mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterzugeben.

Datum:

Unterschrift:

Senden