

Aufnahmebogen

Kind

Name

Vorname

geboren am

weiblich

männlich

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Erziehungsberechtigte(r)

Mutter

Vater

Vor- und Nachname der Mutter

geboren am

Telefon privat

Telefon mobil

Em@il

Vor- und Nachname des Vaters

geboren am

Telefon privat

Telefon mobil

Em@il

Krankenversicherung?

Name der Krankenversicherung

Wie ist ihr Kind versichert?

privat

gesetzlich

zusätzlich versichert

Beihilfe berechtigt

Über wen ist ihr Kind versichert?

Mutter

Vater

Durch wen oder durch was sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Angabe natürlich freiwillig)

Möchten sie an den nächsten halbjährlichen Kontrolltermin erinnert werden?

Nein

per eMail

per SMS

Möchten Sie an unserem Terminerinnerungsservice, bei dem wir Sie einen Tag vor dem vereinbarten Termin per SMS erinnern, teilnehmen? Ja Nein (Hinweis: Die Teilnahme an diesem Service ist kostenfrei und jederzeit widerrufbar!)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten