



Personalienblatt – Rigidocs AG

Nachname des Kindes			O männlich
Vorname des Kindes			O weiblich
Geburtsdatum			
Ausbildung			
Strasse		Nr.	
Postleitzahl			
Ort			
Kinderarzt			
Eltern	Mutter	Vater	
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Beruf			
Adresse (falls anders)			
Tel. Privat			
Tel. Mobile			
Tel. Geschäft			
Erinnerungs-SMS an			
E-Mail			
Andere Adressen z.B. Beistand/Sozialamt			

Grundversicherung		Vers. Nr.		AHV Nr.:
Zusatzversicherung		Vers. Nr.		

Leiden Sie oder Ihr Kind an:			Welche:
Allergien	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
chronischen Krankheiten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

Der Patient, respektive der gesetzliche Vertreter erklärt sich mit untenstehenden Punkten einverstanden:

- der Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über den Patienten einzufordern.
- Patientendatenverwendung innerhalb der Rigidocs AG (Kinderärzte Rigiplatz, Jugendpsychologie Krone, Dr. Schumann)
- Rechnungen werden direkt mit der Versicherung abgerechnet (Rechnungskopie kann in der Praxis bestellt werden)
- dass Daten zwecks Rechnungsbearbeitung und – Stellung an Dritte weitergegeben werden.

Termine müssen 24 Stunden vorher abgesagt werden, ansonsten erfolgt die Verrechnung ohne Kassenpflicht.

Appointments must be cancelled 24 h in advance, otherwise we'll have to bill you for our inconvenience.

Cancellare appuntamenti 24 ore prima, se no a pagamento private.

Ich bestätige, dass alle Daten korrekt sind und ich mit den obigen Ausführungen einverstanden bin.		Korrespondenz an: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/>
Datum:	Unterschrift:	