

Anmeldung ihres Kindes

um ihr Kind als Patienten aufzunehmen benötigen wir noch einige Informationen.

Angabe zum/r Patient/in:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse mit PLZ: _____

Krankenversicherung: _____

Werden Medikamente eingenommen? Welche? _____

Gibt es Vorerkrankungen? Welche? _____

Angaben zur Mutter

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse (falls abweichend) _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Angaben zum Vater

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse (falls abweichend) _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Sorgerecht Beide nur Mutter nur Vater

Änderungen bitte bekanntgeben

Bitte erscheinen sie pünktlich zum Termin und bringen sie die **Krankenversichertenkarte** mit. Sollten sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine frühzeitige (mind. 24 Stunden vorher) Absage, um den Termin anderweitig vergeben zu können. Sollten sie vereinbarte Termine zu Vorsorgen unentschuldig nicht wahrnehmen, berechnen wir bei U4-U7a Terminen 35 € und bei U3, U8-J2 Terminen 50 € als Ausfallhonorar.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Vereinbarung.

Datum _____

Unterschrift: _____

Dr.med Franziska Platen
Kinder- & Jugendmedizin, Kinderkardiologie
Krankenhausstrasse 107, 50354 Hürth
Tel. 02233/7134043, Fax. 02233/7130948, E-Mail: info@kinderarzt-platen.de