

Willkommen in der Holbeinpraxis

PERSONALIEN

Familienname Kind _____

Vorname Kind _____

Geburtsdatum _____

Name/Vorname Vater _____

Name/Vorname Mutter _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____

Natel _____

E-Mail _____

Nimmt das Kind oder die Mutter (falls das Kind gestillt wird) Medikamente ein? Ja Nein

Hatte ihr Kind kürzlich Fieber, eine Grippe, Erkältung oder Entzündung?

Geburtsgewicht: _____

Geburtsgrösse: _____

Wann war die letzte Kontrolle beim Kinderarzt?

VERSICHERUNG

Krankenkasse _____

Versicherungsmodell

Freie Arztwahl

Hausarztmodell / HMO

Telemed-Modell

KINDERARZT

Name, Vorname, Ort:

ZUWEISUNG

keine

Kinderarzt

andere:

Als Erziehungsberechtigte/r des oben genannten Kindes erteile ich die Erlaubnis, Röntgenbilder, Berichte und sonstige medizinische Auskünfte einzuholen oder an eine andere Medizinalperson weiterzuleiten. Des Weiteren erlaube ich die Weiterleitung der zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die zuständigen Versicherungen und Krankenkassen sowie an allfällige Inkassostellen, Rechtsanwälte und zuständige staatliche Instanzen.

Die chiropraktische Behandlung ist grundsätzlich sicher. Nebenwirkungen wie vorübergehenden Schreianfälle bei Säuglingen treten gelegentlich auf.

Ich bestätige, diesen Sachverhalt zur Kenntnis genommen zu haben, wurde über das Behandlungskonzept aufgeklärt, habe dieses verstanden und hatte die Gelegenheit, mich bei Unklarheiten und Fragen an meine(n) Chiropraktor(in) zu wenden. Ich willige mit meiner Unterschrift ausdrücklich in eine chiropraktische Behandlung ein. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Behandlungen durch Leistungserbringer mit Sitz innerhalb der Holbeinpraxis, Holbeinstrasse 65, 4051 Basel, ist Basel.

Ich erteile die Erlaubnis für eine direkte elektronische Abrechnung mit meiner Krankenkasse.

Datum, Unterschrift
Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter(in)
