

Dr. med. Monika Grasser
Kinder- und Jugendärztin
Klassische Homöopathie
Neonatologie, Palliativmedizin
Hauptstrasse 15
85656 Buch am Buchrain

Patientenanmeldung *Patient registration*

Name der **Krankenkasse**:
name of health insurance:

Kind (Name, Vorname):
child (family name, first name):

geboren am:
date of birth:

Nationalität:
nationality:

Anzahl und Alter der Geschwister:
number and age of siblings:

Vorsorgeuntersuchungen bisher (bitte ankreuzen): U2, U3, U4, U5, U6, U7, U7a, U8, U9, U10, U11
previous check-ups (please cross):

Bisherige ernsthafte Erkrankungen:
Any known diseases:

Operationen / Krankenhausaufenthalte:
operations / hospitalisations:

Mitversichert bei:
co-insured with:

Mutter
mother

Vater
father

Mutter (Name, Vorname):
mother (family name, first name):

geboren am:
date of birth:

Berufliche Tätigkeit:
profession:

Vater (Name, Vorname):
father (family name, first name):

geboren am:
date of birth:

Berufliche Tätigkeit:
profession:

Straße, Hausnummer:
street, house number:

Postleitzahl, Ort:
zip code, town:

Telefon privat:
private phone:

Telefon geschäftlich / tagsüber:
business phone:

Handy-Nr:
mobile phone:

Email:
email:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
How did you become aware of us?

Mir ist bekannt, dass ich das nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) berechnete Honorar selbst tragen muss, sofern meine Krankenversicherung und/oder die Beihilfestelle es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.
I have been informed that I have to pay the bill according to the GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte in Deutschland) myself in case my health insurance does not pay my bill or pays only part of it.

Die Elterninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. I have been informed about the data privacy protection measures.

Datum / *date*

Unterschrift des Erziehungsberechtigten / *signature of parent*