Martin F. J. Bauer
Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter
Hauptstraße 71 ● 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 ● Fax: - 9
team@hausarzt-bauer.eu ● www.hausarzt-bauer.eu

ANMELDUNG FÜR MINDERJÄHRIGE PATIENTEN

Patient:

Name Vorname geb. am

Ggf. Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger
Gesetzliche Vertreter/Erziehungsberechtigte:

Name Vorname geb. am

Beruf dienstl. Telefonnummer

Strasse private Telefonnummer

PLZ Wohnort

Arbeitgeber (mit Anschrift)

Krankenversicherung / Kostenträger

Überweisender Arzt

Personalausweis-/Reisepass-Nummer

Am besten Ausweis in Kopie beilegen!

BITTE WENDEN!!!

Einwillungserklärung für ärztliche Behandlungen bei Minderjährigen

Bei Jugendlichen unter 14 Jahren ist unbedingt die Anwesenheit eines Erziehungsberechtigten/geseztlichen Vertreters erforderlich

Hiermit erlaube/n ich/wir

_____

Name Vorname geb. am

_____

Name Vorname geb. am

den behandelnde Ärztin / meinem behandelnden Arzt

als erziehungsberechtigte Person(en) / gesetzliche Vertreter die ärztliche Behandlung meines Kindes

_____

Name Vorname geb. am Geburtsort

Telefonisch sind wir unter folgender Telefonnummer zu erreichen. Etwaige Kosten, die nicht von der Gesetzlichen Krankenkasse gedeckt sind, werden wir gemäß Kostenvoranschlag übernehmen, im Notfall auch ohne weitere Rücksprache. Sollten bei den Untersuchungs- bzw. Behandlungsterminen keine Erziehungsberechtigen anwesend sein, wird hiermit explizit auf eine weitere Aufklärung über die Untersuchungen und Behandlungen verzichtet. Sollten mehrere Personen gesetzliche Vertreter bzw. erziehungs-/sorgerechtsberechtigt sein und hier nur die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten vorliegen, so bestätigt der unterzeichnende Erziehungsberechtigte, dass er diese Einwilligung im Namen der weiteren Erziehungs- bzw. Sorgerechtsberechtigten unterschreibt. Ich/Wir bestätige/n mit meiner/unserer Unterschrift, dass wir das Sorgerecht für das oben genannte Kind haben.

Berlin, _____ _____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten Unterschrift Ärztin/Arzt

Personalausweis-/Reisepass-Nr.: _____