

Patienten Anmeldung



Joel Simeon Iffland
Dr. med. Melanie Gärtner

Kinder- u. Jugendärzte
Kinderpneumologie, Allergologie

Tangstedter Landstr.77
22415 Hamburg
Tel. 040 -5304660
Fax 040 – 530466-66

Kind Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb.Datum:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> wbl.
Vater Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb.Datum:	<input type="text"/>	Versicherung:	<input type="text"/>
Mutter Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb.Datum:	<input type="text"/>	Versicherung:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Nr:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Stadt:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil 1: (Mutter)	<input type="text"/>
		Mobil 1: (Vater)	<input type="text"/>
E-Mail 1:	<input type="text"/>	E-Mail 2:	<input type="text"/>

Hiermit erkläre ich mich mit der Erhebung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten und der personenbezogenen Daten meines Kindes nach den gesetzlichen Vorgaben einverstanden. Ich willige auch in die Übermittlung dieser Daten an mitbehandelnde Ärzte, Labore, Therapeuten, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern nach den gesetzlichen Vorgaben ein, sofern dies für die Erfüllung des Behandlungsvertrages zwischen der J.S. Iffland u. Dr. med. M. Gärtner und mir oder zum Zwecke der Abrechnung bei meinem Kind erbrachter Leistungen erforderlich ist.

Datum

Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter