

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nationalität : \_\_\_\_\_  
 Geschlecht : F  / M  Muttersprache : \_\_\_\_\_  
 Kranken-bzw : \_\_\_\_\_ Vers.Nr. : \_\_\_\_\_  
 Kartennummer : \_\_\_\_\_ **AHV-Nr :** \_\_\_\_\_  
 Zuweisende Ärzte : \_\_\_\_\_ Behandelnde Ärzte : \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter / **Mutter**                      Gesetzlicher Vertreter / **Vater**  
 Name : \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_  
 Vorname : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 PLZ : \_\_\_\_\_ PLZ : \_\_\_\_\_  
 Ort : \_\_\_\_\_ Ort : \_\_\_\_\_  
 Kanton : \_\_\_\_\_ Kanton : \_\_\_\_\_  
 Telefon : \_\_\_\_\_ Telefon : \_\_\_\_\_  
 Mobile : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_  
 E-Mail : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_  
 In der Schweiz seit : \_\_\_\_\_ In der Schweiz seit : \_\_\_\_\_  
 Anderer Gesetzlicher Vertreter : \_\_\_\_\_

Die Therapiestelle kann Informationen über den Patienten anfordern oder weitergeben, sofern diese Daten in seinem Interesse liegen und für die Behandlung notwendig sind. In jedem Fall sind die Personen, die Informationen erhalten und weitergeben, an das Amtsgeheimnis gebunden.

Die unterzeichnende Person erklärt, dass sie die obigen Ausführungen sowie das Dokument "Informationen für das Schuljahr" zur Kenntnis genommen hat, dass sie wahrheitsgemäße Angaben gemacht hat und dass sie mit den beschriebenen Bedingungen und Verfahren einverstanden ist. Sie verpflichtet sich außerdem, Therapierechnungen umgehend zu begleichen, wenn diese nicht direkt von einer Versicherung übernommen werden. Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG (in Kraft ab 1. Januar 2022) wird Ihnen systematisch eine Rechnungskopie per Post zugestellt, wenn Sie eine Rechnung im Rahmen des Tierpayant erhalten. Unsere Therapiestelle arbeitet in Partnerschaft mit der Firma MediData.

Wir behalten uns vor für jeden verpassten Termin, der nicht 24 Stunden im Voraus entschuldigt wird, Ihnen direkt eine Entschädigung von CHF 50.- in Rechnung zu stellen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich mit der Therapeutin/dem Therapeuten per E-Mail kommuniziere und Fotos und Videos meines Kindes erhalte, um den Verlauf der Therapie zu verfolgen.

Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift (en): \_\_\_\_\_