Dr. med. Soyoun Maisch
Kinder- u. Jugendmedizin, Allergologie, psychosomatische Grundversorgung
Plinganserstr. 34, 81369 München, Tel.: 089/771659, Fax.: 089/771341
info@kinderarzt-muenchen-sendling.de

ANMELDEFORMULAR

(Stand 7/2026)

ANGABEN ZUM KIND/PATIENT:

_____ _____ _____/_____/_____
Nachname Vorname (n) Geburtstag(TT/MM/Jahr)

_____
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN (MUTTER/VATER):

_____ _____ _____/_____/_____
Nachname Vorname (n) Geburtstag(TT/MM/Jahr)

_____ _____
Name der Krankenkasse Verwandtschaftsgrad (Mutter/Vater/etc.)

_____
Abweichende Adresse zum Kind (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

_____ _____
Telefonnummer (n) E-Mail Adresse

Diese Praxis kenne ich durch: _____ (Empfehlung/Geschwisterkind/Internet)

Bitte ankreuzen:

☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Impfungen gemäß aktueller Empfehlungen der STIKO nach Aufklärung durchgeführt werden. Impfablehnungen müssen von mir gesondert unterschrieben werden.

☐ Ich bin hiermit darüber informiert, dass selbstgekaufte Medikamente in der Regel nicht nachträglich auf Kassenrezept umgeschrieben werden können. Es gibt wenige Ausnahmen.

☐ **Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten** (gem. Datenschutzgesetz §73 Abs 1b SGB V): Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass personenbezogene Daten meines Kindes wie Name, Adresse, Geburtsdatum, medizinische Befunde und Therapiepläne unter strikter Beachtung des Datenschutzes weitergegeben werden dürfen aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Zwecken. Dieser Datenaustausch betrifft ausschließlich mitbehandelnde Ärzte, Therapeuten und Dritte mit dem Gesundheitssystem beauftragte Institutionen (z.B. Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse). Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Ich habe hiermit Kenntnis darüber, dass die Patienteninformationen zum Datenschutz auf der Praxis-Webseite zu lesen sind.

_____ _____
Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten