**Anmeldeformular für Klienten** (vertraulich)

**Durch die Eltern / gesetzlichen Vertreter auszufüllen:**

## **Personalien des Klienten**

Name: Vorname:

Geboren:  Tel. Nr.:

Strasse:  PLZ / Ort:

Name / Vorname Eltern:

Berufstätigkeit Eltern (Teilzeit, Vollzeit):

E-Mail:  Mobile

E-Mail:Mobile

**Weitere Angaben**

Haus-/Kinderarzt / Ort:

Krankenkasse / Sektion:

Versicherungsnummer:

Zusatzversicherung: **[ ]**  Ja **[ ]**  Nein

🡪 Wenn ja, bei welcher Versicherung :

Versicherungsnummer Zusatzversicherung :

AHV / IV Nummer **(wichtig!)**

**Entbindung von der Schweigepflicht**

* Die Eltern / gesetzlichen Vertreter entbinden hiermit die behandelnden Ärzte und involvierten Institutionen der oben genannten Klientin / des oben genannten Klienten bezüglich pflege- und betreuungsrelevanter Informationen ausdrücklich von der Schweigepflicht gegenüber der kispex Kinder-Spitex Kt. Zürich.
* Weiter erklären Sie sich damit einverstanden, dass die kispex Kinder-Spitex Kt. Zürich personenbezogene Daten über die Klientin / den Klienten bearbeiten und zur Erfüllung ihres Auftrags an Dritte, insbesondere an Krankenversicherungen, Ärzte, Spitäler, Amtsstellen und andere Dienstleistungserbringer, weitergeben darf.

Ort, Datum: Unterschrift der Eltern / der gesetzlichen Vertreter:

 ……………………………………………………………

**Senden an:** kispex Kinder-Spitex Kt. Zürich, Schaffhauserstrasse 85, 8057 Zürich, Fax 044 350 27 42