

PERSONALIENBLATT

Für die administrativen Arbeiten benötigen wir Ihre korrekten Angaben.

Bitte schreiben Sie in Druckschrift. Besten Dank!

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht F M Zivilstand

Adresse

PLZ / Ortschaft

Name / Vorname der / des Erziehungsberechtigten/Beistand

Tel. Privat Tel. Geschäft

Tel. Mobil

E-Mail Darf zu Korrespondenzzwecken verwendet werden:
Ja Nein

Beruf Arbeitgeber

Hausarzt / -ärztin Zuweisender Arzt

Krankenkasse

Ihre Versicherung bei einem Spitalaufenthalt

Allgemein	<input type="checkbox"/>
Allgemein ganze CH	<input type="checkbox"/>
Halbprivat	<input type="checkbox"/>
Privat	<input type="checkbox"/>

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellene Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payan (Rechnung direkt an die Krankenkasse).

Datum Unterschrift