

Personalien

Name Cognome Nom	Vorname Nome Prénom			
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance	Geschlecht Sesso Sexe	weiblich <input type="checkbox"/> femminile féminin	männlich <input type="checkbox"/> maschile masculin	Zivilstand Stato civile Etat civil
Adresse Strasse / Via / Rue Indirizzo Adresse	PLZ/NPA	Wohnort / Località / Localité		
Telefon privat	Natel	Nationalität		
E-Mail				
Beruf Professione Profession	Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur	Tel. Tel. Tél.		
Zuweisende (r) Arzt / Ärztin Medico curante Médecin traitant	Hausarzt/-ärztin Medico di famiglia Médecin de famille			
Krankenkasse / Versicherung Cassa malati/assicurazione Caisse de maladie/assurance	Mitgliednummer N. d'assicurato No. d'assure			
Unfallversicherung	Unfallnummer Assurance Assicurazione	Datum		
Allgemein <input type="checkbox"/>	Halbprivat <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>		
Hausarztmodell <input type="checkbox"/>	ganze Schweiz <input type="checkbox"/>			
Dauermedikamente:				
Allergien:				

Erklärung

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z. B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institution oder dem damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen Instanzen weiterzuleiten.

Datum

Data
Date

Unterschrift

Firma
Signature
