

Patientenanmeldung

Vom Patienten **vollständig und gut leserlich auszufüllen.**

Bitte senden Sie uns das unterzeichnete Formular baldmöglichst zurück oder bringen Sie es direkt an den Untersuchungstermin mit (inkl. Versicherungskarte).

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	männlich	weiblich	Nationalität:
Adresse:		PLZ/Ort/Kanton:	
Tel. Privat:		Tel. Geschäft:	
Tel. Mobil:		Beruf:	
E-Mail-Adresse:		AHV-Nummer:	
Zivilstand:	ledig	geschieden	Allergien:
	verheiratet	verwitwet	Medikamente:

Gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen/Vormundschaft (Name/Adresse): Tel.

Nächste/r Angehörige/r (Name/Adresse) (im Notfall zu benachrichtigende Person): Tel.

Hausarzt (Name/Adresse): Tel.

Einweisender Arzt: Hausarzt Anderer Arzt (Name/Adresse) Tel.

Arbeitgeber (Name/Adresse): Tel.

Krankenversicherung (Grundversicherung): Mitglied- /Vers.- / Pol.-Nr.

Versichertenklasse: allgemein anderes

Zusatzversicherung: Mitglied- /Vers.- / Pol.-Nr.

Versichertenklasse: halbprivat privat anderes

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Hausarzt Persönliche Empfehlung Internet Google Online-Verzeichnis Website
Anderes (bitte notieren)

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung sowie die Prüfung meines Zahlungsverhaltens erforderlichen Daten mittels Versicherungskarte im Online-Verfahren abzufragen und sowohl an die rechnungsstellende Institution (System Tiers payant, Direktabrechnung mit der Krankenversicherung) und ihre Vertragspartner als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassenden Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Stellen weiterzuleiten bzw. bei diesen einzuholen.

Ich wünsche die Rechnung zur Bezahlung direkt zu erhalten (per Post).

Mein Arzt / meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und wenn nötig, die Unterlagen an weitere involvierte Ärzte weiterzuleiten. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass medizinische Berichte auch über E-Mail verschickt und empfangen werden können. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Ich verstehe die Informationen auf diesem Formular und bin damit einverstanden.

Ort/Datum & Unterschrift: