



Personalien

Name (Nom / cognome)	
Vorname (Prénom / nome)	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w (Sexe / sesso)
Bei Kindern Vorname des Vaters / der Mutter (Prénom du père/de la mère / nome del padre / della madre)	
Geburtsdatum (Date de naissance / data di nascita)	
Zivilstand (Etat civil / stato civile)	
Adresse (Adresse / indirizzo)	
Postleitzahl, Ort (Numéro post., lieu / numero post., località)	
Telefon privat (Tél. privé / tel. privato)	
Tel. Geschäft (Tél. de l'employeur / tel. del' ufficio)	
Mobiltelefon (Natel / cellulare)	
E-Mail (e-mail / e-mail)	
Krankenkasse (Caisse maladie / cassa malati)	Hausarztmodell <input type="checkbox"/> (Modello medico di famiglia)
Mitgliednummer (No. de membre / no. di membro)	Spitalzusatzvers. <input type="checkbox"/> allg. / <input type="checkbox"/> HP / <input type="checkbox"/> privat
Unfallversicherung <i>(nur bei Unfall oder Berufskrankheit)</i> (Assicurance contre les accidents / assicurazione contro gli infortuni)	
Hausarzt (Médecin de famille / medico di famiglia) Dr. med. Ort	
Zuweisender Arzt (Médecin assignant / medico assignante) Dr. med. Ort	
Beruf (Profession / professione)	
Arbeitgeber (Employeur / datore di lavoro) Ort	
Rechnungsadresse <i>(falls abweichend von Wohnadresse)</i> (Adresse de facturation / indirizzo della fattura)	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Kenntnisnahme, dass

- bei fehlender Krankenkassendeckung (z.B. aufgrund von Zahlungsausständen) die **Rechnung** vollumfänglich von mir bezahlt werden muss;
- meine **medizinischen Unterlagen** (Berichte, Originalbefunde) an involvierte Ärzte verschickt werden dürfen;
- bei Bedarf Berichte oder Befunde von anderen Ärzten/Spitälern eingefordert werden dürfen;
- gewünschte Berichtskopien per Mail nicht zusätzlich verschlüsselt sind.

Datum:

Unterschrift: