



Nachfolgend „mein Arzt“ genannt

Personalien-Angaben und Einverständnis-Erklärung

Bitte füllen Sie das Formular in gut lesbarer Blockschrift aus – Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung

Name		Geburtsdatum	
Vorname		<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
		<input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/> Knabe
Strasse			Nr
PLZ	Ort		
Adresszusatz c/o			
Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft	
Email		@	
Beruf			
Arbeitgeber			
Hausarzt			
Einweisender Arzt			
Optiker			
Krankenkasse			
Versicherten Nr:			
Zusatzversicherung		<input type="checkbox"/> ganze CH <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <small>Hat keinen Einfluss auf Ihre ambulante Behandlung</small>	
Vers.Nr. Zusatzversicherung			
Allgemeine Versicherten Nr. (neue AHV Nr.) . . . / / / . .			
Bei Kindern (<16 Jahre): Angaben zur erziehungsberechtigten Person (gesetzlicher Vertreter)			
Name		Geburtsdatum	
Vorname		Beruf	

Mein Arzt ist ermächtigt meine medizinischen Unterlagen bei anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn dies für meine Behandlung und Betreuung von Wichtigkeit ist. Ich entbinde hiermit die entsprechend angefragten Stellen vom Berufsgeheimnis. Ebenso darf mein Arzt anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen, insbesondere zuweisenden oder nachbehandelnden Ärzten oder Stellen, seine Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse sowie Beurteilungen weitergeben. Ebenso dürfen diese Informationen an meine Versicherer (Kranken- und Unfallversicherer) weitergegeben werden, ausser ich untersage dies ausdrücklich. Ich bin mit der direkten elektronischen Rechnungsstellung an meinen Versicherer (Tiers payant) einverstanden, falls dies bei meinem Kranken- oder Unfallversicherer möglich ist. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass die jeweiligen Rechnungskopien bei meinem Arzt aufbewahrt werden. Ich kann auf Wunsch zusätzlich eine Rechnungskopie (wenn möglich per email) für mich erhalten. Bei unangemeldetem Nicht-Erscheinen zum vereinbarten Termin kann die verpasste Konsultation in Rechnung gestellt werden, Abmeldungen müssen min. 24h vor dem Termin per Telefon oder email erfolgen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____