

Patientenstammdaten

Name/Cognome

Vorname/Prenome/Prenome

Geburtsdatum/Date of Birth/Data di nascita

Telefon privat/Phone No/Telefono private

Strasse/Street/Via

Wohnort/Location/Domicilio

Beruf/Occupation/Professione

Telefon mobil/Mobile No/Telefono cellulare

Arbeitgeber/Employer/Datore di lavoro

Sonstiger **Hausarzt**

Krankenkasse/Health Insurance/Cassa malattia

**KK-Mitglieder-Nr/Insurance-No/No della cassa
AHV-Nr.:**

Wir behalten es uns vor, bei unentschuldig nicht wahrgenommenen Terminen die Konsultation in Rechnung zu stellen.

Hiermit bin ich einverstanden, dass die Praxis bei Dritten medizinische Akten im Rahmen einer optimalen medizinischen Versorgung anfordern darf.

Wir sind ab dem 1.7.2011 verpflichtet, eine Kopie für jede Rechnung dem Patienten zukommen zu lassen. Per Post würde dies weitere Kosten für Papier und Porto generieren, die Kopien wandern erfahrungsgemäss in bis zu 90% ungelesen im Papierkorb. Wir empfehlen Ihnen stattdessen ein unkompliziertes Aufbewahren der Rechnung in unserer Praxis. Mit Ihrem Einverständnis helfen Sie mit, unnötige Kosten einzusparen und einen kleinen Beitrag an die Umwelt zu leisten.

Hiermit bestätige ich, dass eine Kopie meiner Rechnungen in der Praxis aufbewahrt werden soll, anstatt mir zugesendet werden muss. Für mich entstehen damit keinerlei Nachteile; ich kann jederzeit meine Rechnungen in der Praxis einsehen, aushändigen lassen oder später zugesendet werden.

Wangen, _____

Unterschrift _____