

Patientenstammdaten

Name/Cognome

Vorname/Prenome/Prenome

Geburtsdatum/Date of Birth/Data di nascita

Telefon privat/Phone No/Telefono private

Email-Adresse

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.

Wir sind ab dem 1.1.2022 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, daher erteilen Sie uns die Erlaubnis die Rechnungskopien elektronisch an Sie übermitteln (per Mail) und nur auf ausdrücklichen Wunsch per Post.

Ich wünsche die Rechnungskopie per Post

Ich verzichte auf eine Rechnungskopie

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren abzufragen und sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution weiterzuleiten. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der Arzt eine von ihm beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann.

Ich ermächtige meinen Arzt medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt/Ärztin zuzusenden.

Wangen, _____

Unterschrift _____