

Anmeldeformular für Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Nationalität

Zivilstand

Beruf

Strasse

PLZ/Ort

Telefon P

Telefon G

Mobile

E-Mail

Gesetzlicher Vertreter

Krankenversicherung

Karten-Nr.

Vers. Nr.

AHV Nr.

Zuweisender Arzt

Hausarztmodell

JA NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass meine Rechnung direkt an die Krankenkasse geschickt wird.

JA NEIN

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 oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der/die Arzt/Ärztin oder eine von ihm/ihr beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann. Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden.

Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnung elektronisch via MediData-Netz verschickt.

Ort/Datum:

Unterschrift
