

Personalienblatt

Name Last name			Vorname First name		
AHV-Nr.			Geschlecht Sex		
Geburtsdatum Date of birth		Nationalität Nationality		Zivilstand Marital status	
Name / Vorname des Erziehungsberechtigten Last name and first name of guardian (children)					
Adresse Address			PLZ / Wohnort City		
Tel. privat Tel. Private			Tel. Geschäft Tel. Office		
Natel Mobile			E-Mail		
Beruf Occupation			Arbeitgeber Employer		
Zuweisender Arzt Referring physician			Hausarzt Family doctor		
Krankenkasse (Grundversicherung) Health insurance			Kunden- Nr./Sektion Member no.		
Krankenkasse Zusatzversicherung/ Supplementary insurance			Kunden- Nr./Sektion Member no.		
Kostenträger Guarantor/ Payer					

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

I authorise the forwarding of the data required for invoicing to the billing organisation (e.g. physicians' fund), to the institution or lawyer commissioned with any debt collection, and to the competent official authorities. My doctor is authorised to request my medical records for review.

Datum / Date:
signature.....

Unterschrift/