

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: M:  F:

Zivilstand \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Festnetztelefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Versichertenkarten-Nr \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Name und Vorname der / des Erziehungsberechtigten (bei Kindern) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Behandlung infolge:  Krankheit  Unfall  Selbstzahler

Kostenträger Spitalbehandlung \_\_\_\_\_

Allgemein  Halbprivat  Privat  Selbstzahler

*Patientenaufklärung: / Unterschrift:*

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie obige Angaben wahrheitsgetreu gemacht haben und zur Kenntnis nehmen, dass die Rechnung direkt an die Krankenkasse geschickt wird (Tiers payant). Wünschen Sie eine Rechnungskopie, oder möchten Sie **keine direkte Abrechnung** mit Ihrer Krankenkasse, melden Sie dies am Anmeldeschalter.

Mit ihrer Unterschrift ermächtigen Sie uns zudem, medizinischen Daten über Sie zur Einsicht einzufordern und medizinische Ergebnisse einem zuweisenden oder nachbehandelndem Arzt zuzusenden. Die zur Rechnungsstellung notwendigen Daten können einem allfälligen zum Inkasso beauftragten Institution oder dem damit befassten Rechtsanwalt sowie den zuständigen staatlichen Instanzen weitergeleitet werden.

Ich wünsche nach Tiers garant abzurechnen (Zahlung durch Patient)

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_