

STANDORT HIRSLANDEN KLINIK IM PARK

FUSSZENTRUM HIRSLANDEN ZÜRICH  
WITELLIKERSTRASSE 40  
8032 ZÜRICH

T +41 44 387 30 55  
F +41 44 387 30 56

WWW.HIRSLANDEN.CH

# WILLKOMMEN IM FUSSZENTRUM HIRSLANDEN

Bitte ausgefüllt mitbringen

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_  
STRASSE: \_\_\_\_\_ PLZ/ORT: \_\_\_\_\_  
GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_  
TEL. PRIVAT: \_\_\_\_\_ TEL. MOBILE: \_\_\_\_\_  
BERUF: \_\_\_\_\_  
ARBEITGEBER: \_\_\_\_\_ TEL. GESCHÄFT: \_\_\_\_\_  
ALLERGIEN: \_\_\_\_\_  
MEDIKAMENTE: \_\_\_\_\_  
ZUWEISUNG?  JA  NEIN FALLS JA, ARZT? \_\_\_\_\_  
HAUSARZT: \_\_\_\_\_

SCHUHGRÖSSE: \_\_\_\_\_ BEHANDLUNGSGRUND:  KRANKHEIT  UNFALL

KRANKENKASSE: \_\_\_\_\_ SEKTION (ORT): \_\_\_\_\_  
MITGLIED-/VERSICHERUNGSNUMMER KK: \_\_\_\_\_  
ZUSATZVERSICHERUNG: \_\_\_\_\_ SEKTION (ORT): \_\_\_\_\_  
VERSICHERUNGSNUMMER ZUSATZVERSICHERUNG: \_\_\_\_\_  
SPITALVERSICHERUNG:  PRIVAT  HALBPRIVAT  ALLG. GANZE CH  ALLG. NUR KANTONAL  
GILT DER SPITALZUSATZ BEI IHRER KRANKENKASSE AUCH FÜR UNFALL?  JA  NEIN  
UNFALLVERSICHERUNG: \_\_\_\_\_  
SEKTION (ORT): \_\_\_\_\_  
POLICE-/SCHADENNUMMER: \_\_\_\_\_ UNFALLDATUM: \_\_\_\_\_  
SPITALVERSICHERUNG:  ALLGEMEIN  HALBPRIVAT  PRIVAT  
BEMERKUNGEN: \_\_\_\_\_

Bei Versicherungswechsel während der Behandlung (Unfall/Krankheit) behalten wir uns vor, Ihnen für unsere Umtriebe 150 CHF sowie für unentschuldigte, versäumte Konsultation 50 CHF zu verrechnen.

DATUM: \_\_\_\_\_ UNTERSCHRIFT: \_\_\_\_\_

siehe Rückseite

# ERKLÄRUNG

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnung stellende (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

---

Il medico é autorizzato a richiedere in visione atti medici che mi riguardano ad altri medici o istituzioni mediche, evitando così die ripetere inutilmente degli esami. Nel mio interesse lo autorizzo inoltre a trasmettere il rapporto della sua visita e i risultati di eventuali esami al mio medico di famiglia o ad altri medici che mi hanno in cura.

Autorizzo il medico a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla società incaricata (p.es. cassa dei medici) così come alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso e ad altre istanze ufficiali competenti.

---

J'autorise mon médecin à demander à des confrères ou à des établissements médicaux les dossiers médicaux à mon sujet s'il peut éviter la répétition d'examens et donc de frais inutiles. Dans mon intérêt, je l'autorise également à transmettre les résultats des examens, des traitements ou des analyses me concernant au médecin consultant ou au médecin qui m'a adressé.

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des médecins, à la société ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes.

---

I allow my doctor to order medical files, which are in connection to my illness / accident, from other doctors to prevent repeated examinations and save money. In my interest I do also allow him to send his examinations - and treatment results or assessments to the aftertreatment- or allocation doctor.

I allow to send all the required data for invoicing to the Ärztekasse and also to a collection institution or the dealing lawyer or the responsible state agencies if required.

DATUM/DATA/DATE:

UNTERSCHRIFT/FIRMA/SIGNATURE:

---

---