

Personalien

Bitte in Blockschrift ausfüllen / Veuillez remplir en caractères d'imprimerie / Si prega di scrivere in stampatello

Barcode Etikette (Patienten-Nr.)

Patient / Paziente	Geschlecht Sexe Sesso	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> maschile	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> femminile	Anrede Titre Titolo	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Signore	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Signora	<input type="checkbox"/> (Kind) <input type="checkbox"/> (Enfant) <input type="checkbox"/> (Bambino)	
	Name Nom Cognome							
	Vorname Prénom Nome					Ledigname Nom de jeune fille Cognome da nubile		
	Strasse Rue Strada							Nr. N° No
	Land Pays Paese	PLZ NPA NAP			Wohnort Localité Località			
	Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita			AHV Nr. N° AVS No AVS				
	Nationalität Nationalité Nazionalità			Abweichende Rechnungsadresse (bei Kindern Name und Adresse des zuständigen Elternteils) Adresse de facturation optionnelle (pour les enfants, nom et adresse du responsable légal) Altro indirizzo di fatturazione (Minorenni: Nome e indirizzo del genitore competente)				
	Tel. privat Tél. privé Tel. privato			<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter (Vollmacht erforderlich) <input type="checkbox"/> Représentant légal (Procuracion nécessaire) <input type="checkbox"/> Rappresentante legale (Procura necessaria) <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Altro				
	Mobile Tél. portable Cellulare							
	Fax privat Fax privé Fax privato							
E-Mail Email Email								

Kostenträger Débiteur/Debitore	Kennnummer der Versichertenkarte (siehe Rückseite Punkt 8) Numéro d'identification de la carte d'assurance (voir au verso n° 8) Numero di identificazione della tessera di assicurazione (vedi punto 8 sul retro)							
	Krankenkasse Caisse maladie Cassa malati					Mitglied-Nr. N° membre No assicurato		
	Zusatz-Vers. Ass. compl. Ass. compl.					Mitglied-Nr. N° membre No assicurato		
	Privat-Vers. Ass. privée Ass. privata					Mitglied-Nr. N° membre No assicurato		
	Unfall-Vers. Ass. accident Ass. infortuni					Mitglied-Nr. N° membre No assicurato		

Arbeitgeber / Employer / Datore di lavoro				Unfalldatum Date accident Data infortunio		
Name Nom/Nome				Telefon G. Tél. employeur Tel. d'ufficio		
Adresse Indirizzo				Telefon direkt Tél. direct Tel. diretto		
PLZ/Ort NPA/Loc.						
E-Mail Email						

Ich willige ein, dass die für die Rechnungsstellung sowie die Prüfung meines Zahlungsverhaltens erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende Institution (Swisscom Health AG) und ihre Vertragspartner als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen Stellen (z.B. Wirtschaftsauskunfteien) oder staatliche Instanzen weitergeleitet bzw. bei diesen eingeholt werden können. Mein Arzt / meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern.

Je donne par la présente mon autorisation pour que les données requises pour la facturation et le contrôle de mes habitudes de paiement puissent être transmises aussi bien à l'institut de facturation (par ex. Swisscom Health SA) et à ses partenaires contractuels qu'à une institution mandatée pour un éventuel encaissement, ou encore à l'avocat qui en est chargé, ainsi qu'aux instances compétentes (par ex. sociétés de renseignements économiques) ou aux autorités, respectivement que ces données puissent être reçues de ces derniers. Mon médecin est autorisé à exiger, pour examen, les dossiers médicaux me concernant.

Con la presente do l'autorizzazione affinché i dati richiesti per la fatturazione, nonché quelli per controllare le mie abitudini di pagamento, possano essere trasmessi all'istituto di fatturazione (p.e. Swisscom Health SA) e ai suoi partner contrattuali, all'istituto incaricato di un eventuale incasso, o all'avvocato che ne è incaricato, alle istituzioni competenti (p.e. agenzie d'informazioni che operano nel settore dell'economia) o alle autorità; rispettivamente che questi dati possano essere ricevuti da loro. Il mio medico è autorizzato a richiedere per esame gli atti medici che mi riguardano.

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin Cachet et signature du médecin Timbro e firma del Medico	Datum Date Data	Unterschrift Signature Firma
--	------------------------------	---