

Personalien

Pat.Nr.

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Si prega di scrivere in stampatello

Name

Cognome
Nom

Iediger Name

Cognome da nubile
Nom de jeune fille

Vorname

Nome
Prénom

gesetzlicher Vertreter (bei unter 16-Jährigen)

Nome / Cognome
Prénom / Nom

Strasse, Nr.

Indirizzo
Adresse

Geburtsdatum

Data die nascita
Date de naissance

PLZ, Wohnort

Località
Localité

Heimatort

Luogo di nascita
Lieu de naissance

Krankenkasse/Versicherung (ev. mehrere!)

Cassa malati / Assicurazione
Caisse maladie / assurance

AHV-Nr.

Mitglieder-Nr.

N. d'assicurato
No. D'assuré

E- Mail

Tel Mobil

Privat
Geschäft

Beruf (eigener)

Professione
Profession

Arbeitgeber

Datore di lavoro
Employeur

Zivilstand

Stato civile
Etat civil

Nationalität

Nazionalità
Nationalité

Krankenkasse

Cassa malati
Caisse maladie

Selbstzahlerin

Conto privato
Compte privé

Bei stationären Behandlungen:

Allgemein

Sezione generale
En chambre commune

Halbprivat

Sezione semiparticolare
En chambre semi-privée

Privat

Sezione particolare
En chambre privée

Selbstzahlerin

Conto privato
Compte privé

Hausarzt/-ärztin

Medico di famiglia
Médecin de famille

Zuweisender Arzt/Ärztin

Il medico curante
Adressé par le docteur

Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, dass Hr. Prof. Dr. M. Bajka-Djahanschahi und Fr. N. Grazek, sowie deren Vertreter, alle benötigten medizinischen Unterlagen von mir zur weiteren Behandlung erhalten.

Ich erteile weiter die Erlaubnis, die erforderliche Daten zur Abrechnung einem Trust-Center, oder für ein allfälliges Inkasso an die beauftragten Institutionen und den damit befassten Rechtsanwälten sowie die staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Meine Krankengeschichte darf zur Qualitätskontrolle und wissenschaftlichen Analyse anonym ausgewertet werden.

Im Falle einer kurzfristigen oder keiner Absage meiner vereinbarten Konsultation innert 24h vor Beginn wird diese verrechnet.

Allfällige Rechtsstreitigkeiten aus dem Patientenverhältnis zwischen der Unterzeichneten und den Ärzten der Praxis, sowie den damit zusammenhängenden Verträgen, sind ausschliesslich vor den Gerichten in Uster auszutragen.

Volketswil, _____
Data, Date, Fecha

Unterschrift: _____
Firma, Signature