Personalien Pat.Nr. «P Nummer» Bitte in Blockschrift ausfüllen Si prega di scrivere in stampatello Veuillez remplir en caractères d'imprimerie Name «P Name» **lediger Name** Cognome da nubile Nom de jeune fille Cognome Nom Vorname «P Vorname» gesetzlicher Vertreter (bei unter 16-Jährigen) Nome Nome / Cognome Prénom Prénom / Nom «P Strasse» «P Geburtsdatum» Strasse, Nr. Geburtsdatum Indirizzio Data die nascita Adresse Date de naissance PLZ, Wohnort «P_PLZ» «P_Ort» Heimatort Località Luogo di nascita Lieu de naissance AHV-Nr. Krankenkasse: Grundversicherung Cassa malati: assurazione die base Caisse maladie : assurance de base Mitglieder-Nr. Grundversicherung «P_KK_MitgliedNr» N. d'assicurato assurazione die base No. D'assuré assurance de base «P_Versicherung» Krankenkasse: Zusatzversicherung Cassa malati : assurazione aggiunativa Mitglieder-Nr. Zusatzversicherung Caisse maladie: assurance complémentaire N. d'assicurato assurazione aggiunativa No. D'assuré assurance complémentaire E- Mail «P_Email» Tel Mobil «P_TelefonM» Privat «P_TelefonP» «P_TelefonG» Geschäft Beruf: «P Beruf» Arbeitgeber «P_Arbeitgeber» Datore di lavoro Professione Profession Employeur Zivilstand Nationalität Stato civile Etat civil Nazionalità Nationalité Bei stationären Behandlungen: Allgemein Halbprivat Selbstzahlerin Privat | Sezione generale En chambre commune Sezione semiparticolare En chambre semi-priveé Sezione particolare En chambre priveé Conto privato Compte privé Hausarzt/-ärztin Zuweisender Arzt/Ärztin Medico di famiglia Il medico curante

Adressé par le docteu

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, sowie wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Weiterverarbeitung anonym ausgewertet

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,	Unterschrift:
Data, Date, Fecha	Firma, Signature