

Aufnahmeformular Gesundheitszentrum Allschwil

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

Name
Cognome
Nom

Vorname
Nome
Prénom

Geburtsdatum
Data di nascita
Date de naissance

Geschlecht
Sesso
Sexe

weiblich
femmina
féminin

männlich
maschio
masculin

divers
vario
diverse

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)
Cognome e nome die tutori (se si tratta di bambini)
Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)

Adresse
Indirizzo
Adresse

Strasse / Strada / Rue

PLZ

Wohnort / Località / Localité

Telefon privat
Tel. privato
Tel. privé

Natel
Tel. portabile
Tel. portable

E-Mail

Beruf
Professione
Profession

Arbeitgeber
Datore di lavoro
Employeur

Tel.
Tel.
Tel.

Zuweisende(r) Arzt / Ärztin
Medico curante
Médecin traitant

Hausarzt / -ärztin
Medico di famiglia
Médecin de famille

Kostenträger / Garant

ambulante
Behandlung

Krankenkasse
Cassa malati
Caisse maladie

Unfallversicherung
Assicurazione infortuni
Assurance accidents

Selbstzahler
Conto privato
Compte privé

Krankenkasse / Versicherung
Cassa malati / assicurazione
Caisse de maladie / assurance

Grundversicherung

Grund- und Zusatzversicherung

Andere Zusatzversicherung: _____

Sektion / Mitglied Nr.
Sezione / N. d'assicurato
Section / No. D'assuré

Kostenträger / Garant

Spital-
behandlung

Allgemeinabteilung
 Halbpriv. Spitalvers.
 Private Spitalvers.
 Selbstzahler / in

Sezione genereale
 Sezione semiparticolare
 Sezione particolare
 Conto privato

en chambre commune
 en chambre semi - privée
 en chambre privée
 Compte privé

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

Mein(e) Arzt / Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei medici, alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso come anche istanze ufficiali competenti.

Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano.

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.

Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet.

Datum
Data
Date

Unterschrift
Firma
Signature