

# Aufnahmeformular Gesundheitszentrum Allschwil

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

**Name**  
Cognome  
Nom

**Geburtsdatum**  
Data di nascita  
Date de naissance

**Geschlecht**  
Sesso  
Sexe

weiblich  
femmina  
féminin

männlich  
maschio  
masculin

**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  
Andere Zusatzversicherung:

Grund- und Zusatzversicherung

**Sektion / Mitglied Nr.**

Sezione / N. d'assicurato  
Section / No. D'assuré

**Kostenträger / Garant**

**Spital-  
behandlung**

- Allgemeinabteilung**  
 **Halbpriv. Spitalvers.**  
 **Private Spitalvers.**  
 **Selbstzahler / in**

- Sezione generale  
 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