

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	<input type="checkbox"/>	weiblich femmina féminin	<input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> Krankenkasse Cassa malati Caisse maladie	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung Assicurazione infortuni Assurance accidents	<input type="checkbox"/> Selbstzahler Conto privato Compte privé
---	--	--	---

Krankenkasse / Versicherung Cassa malati / assicurazione Caisse de maladie / assurance Grundversicherung <input type="checkbox"/> Grund- und Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Andere Zusatzversicherung: _____	Sektion / Mitglied Nr. Sezione / N. d'assicurato Section / No. D'assuré
---	--

Kostenträger / Garant <input checked="" type="checkbox"/> Spital- behandlung	<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung	<input type="checkbox"/> Sezione genereale	<input type="checkbox"/> en chambre commune
	<input type="checkbox"/> Halbpriv. Spitalvers.	<input type="checkbox"/> Sezione semiparticolare	<input type="checkbox"/> en chambre semi - privée
	<input type="checkbox"/> Private Spitalvers.	<input type="checkbox"/> Sezione particolare	<input type="checkbox"/> en chambre privée
	<input type="checkbox"/> Selbstzahler / in	<input type="checkbox"/> Conto privato	<input type="checkbox"/> 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
------------------------------	---