

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen. Danke.
Si prega di scrivere in stampatello. Grazie.
Veuillez remplir en caractères d'imprimerie. Merci.

Name Geburtsdatum
Nom Date de naissance
Cognome Data di nascita

Vorname Geschlecht weiblich männlich
Prénom Sexe féminin masculin
Nome Sesso femmina maschio

Zivilstand **Etat civil** **Stato civile**:

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

Adresse **Adresse** **Indirizzo**

Strasse
Rue/Strada
PLZ Ort
n.p. Località/Localité

Tel. privat Mobil

Beruf
Profession
Professione

E-Mail

Arbeitgeber Telefonnummer Geschäft
Employeur
Datore di lavoro

Nationalität / **Nationalité** / **Nationalità**:

Zuweisender Arzt/Ärztin
Médecin traitant Medico curante

Hausarzt / Hausärztin
Médecin de famille / Medica di famiglia


Kostenträger / Garant für AMBULANTE BEHANDLUNG

Krankenkasse / **Caisse maladie** / **Cassa malati**
 Unfallversicherung / **Assurance accidents** / **Assicurazione infortuni**
 Selbstzahler / **Compte privé** / **Conto privato**
Name d. Krankenkasse / Versicherung Caisse de maladie / assurance Cassa malati / assicurazione

Mitglied-Nr. AHV-Nummer:
No. d'assuré N. d'assicurato

Kostenträger / Garant für SPITAL - BEHANDLUNG

Allgemeinabteilung / **en chambre commune** / **Sezione generale**
 Halb-Privatabteilung / **en chambre semi-privée** / **Sezione semiparticolare**
 Privatabteilung / **en chambre privée** / **Sezione particolare**
 Selbstzahler / **Compte privé** / **Conto privato**

- 
1. Ich erteile hiermit die Erlaubnis, die für die **Rechnungsstellung** erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Ärztekasse), als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Organisation (z.B. Inkas) oder an den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
 2. Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische **Akten über mich zur Einsicht anzufordern**.
 3. Ich bin damit einverstanden, dass ab der zweiten Mahnung **Mahngebühren** von 10 CHF (für die zweite Mahnung), respektive 30 CHF für die dritte Mahnung verrechnet werden.
 4. Ich bin damit einverstanden, dass **ohne Abmeldung nicht wahrgenommene Termine** verrechnet werden können (je nach reservierter Zeit und Infrastruktur zwischen 30 und 100 CHF).
1. 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.
 2. Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli **atti medici** mi riguardando.
 3. Accetto che per il secondo **richiamo** mi vengono addebitati franchi 10.- e per il terzo richiamo franchi 20.- di spese amministrative.
 4. Accetto che **in caso di non apparizione** alla consultazione senza disdetta anticipata mi vengano fatturati dai 30.- ai 60.- franchi a dipendenza del tempo riservato.
1. 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 instance officielles compétentes.
 2. Mon médecin est autorisé à demander les **dossiers médicaux** à mon sujet.
 3. J'accepte que des **frais de recouvrement** sont facturés (10 CHF pour le deuxième rappel de paiement; 30 CHF pour le troisième rappel de paiement).
 4. J'accepte que **des visites ratées puissent être facturées** (de 30 à 100 CHF, selon temps et infrastructure réservé).

Datum und Unterschrift

Date Signature Data Firma