



PERSONALIEN

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Si prega di scrivere in stampatello

Veillez remplir en caractères d'imprimerie

Name Cognome Nome	Vorname Nome Prénom
Früherer Name Nome di ragazza Nom de jeune fille	
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen) Cognome e nome dei tutori (per minorenni) Nom et prénom du tuteur (en cas de mineurs)	
Strasse Strada Rue	Ort Luogo Lieu
weiblich femminile féminin	männlich maschile masculin
Geburtsdatum Data di nascita: Date de naissance:	
Tel. privat Tel. privato Tél. privé	Tel. Mobil
Beruf Professione Profession	
Arbeitgeber inkl. Adresse Datore di lavoro Employeu	Tel Tel Tél
Hausarzt / Hausärztin Medico di famiglia Médecin de famill	

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution sowie an die staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte) weiterzuleiten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass in der Regel die Rechnungsstellung an mich erfolgt. Die Weiterleitung des Rückforderungsbeleges an die Krankenkasse ist meine Verantwortung. Ich akzeptiere, dass auch Rechnungen gestellt werden können, ohne dass ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat, u.a. zur Erstellung von Rezepten und für Aktenstudium gemäss Tarmedliste «Leistungen in Abwesenheit».

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei medici, alla società eventualmente incaricata dell'incasso come anche alle istanze ufficiali competenti (Ufficio d'esecuzione, Giudice di pace, tribunali).

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des Médecins, à la société éventuellement chargée de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes (Offices des poursuites, juge de paix, tribunaux).

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die in Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern.

In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse dem nachbehandelnden Arzt oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Kopie der Rechnung in einer elektronisch anonymen Form an eine Kostenkontrollstelle (Trust Center) überwiesen wird. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass praxisintern die Ärzte bei gegenseitiger Stellvertretung meine medizinischen Daten einsehen können.

J'autorise mon médecin à demander aux confrères ou aux établissements médicaux les dossiers médicaux à mon sujet.

Dans mon intérêt, je l'autorise également à transmettre les résultats des examens, des traitements ou des analyses concernant moi-même au médecin consultant ou au médecin qui m'a adressé.

Je prends acte que la facture est transmise en forme anonymisée et électronique à une entreprise externe pour le contrôle des coûts (Trust Center)

Il mio medico è autorizzato a richiedere i miei documenti di altri medici o istituti sanitari. Lo autorizzo anche a trasmettere i miei accertamenti ad altri medici.

Il mio medico è autorizzato a trasmettere una copia della fattura in forma elettronica e anonimizzata a una ditta esterna per il controllo dei costi (Trust center).

Datum:

Date:

Data:

Unterschrift:

Signature:

Firma:

P.S. Verbindlich ist der deutsche Text