

Anmeldeformular für Patienten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____

Nationalität: _____ Beruf: _____ Zivilstand: _____ Geschlecht: M W

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Kanton: _____

Telefon: _____ Mobile: _____ E-Mail: _____

(Kontaktperson)
Gesetzlicher Vertreter: _____ Arbeitgeber und Tel.-Nr.: _____

Karten-Nr.: _____ AHV-Nr.: _____

Versicherten-Nr.: _____

Krankenversicherung: _____ Zusatzversichert: Ja Nein bei: _____

Zuweisender Arzt/Ärztin: _____ Hausarzt/-ärztin: _____

Ich wünsche das Abrechnungssystem: Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant)* Arztrechnung an mich (Tiers garant)*

Ich wünsche die Rechnungskopie: in Arztpraxis per Post

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren abzufragen und sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der/die Arzt/Ärztin oder eine von ihm/ihr beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann. Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden.

Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via das MediData-Netz verschickt.

X Ort/Datum: _____ X Unterschrift: _____

*Zu den Abrechnungssystemen Tiers payant und Tiers garant bitte Rückseite beachten.