

Liebe Patientin, lieber Patient

Damit wir Sie behandeln können, benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen.
Dürfen wir Sie bitten, untenstehendes Formular auszufüllen. Besten Dank für Ihre Unterstützung.

Personalien

Name Vorname

Geschlecht Geburtsdatum

M F andere

Adresse Wohnsitz: Strasse PLZ, Ort

Telefon Mobile Telefon Privat

E-Mail Telefon Geschäft

Beruf Arbeitgeber:in / Name der Firma

Krankenkasse

Name Zusatzversicherung

allgemein halbprivat privat

Kartennummer

Hausarzt / Hausärztin

Name, Vorname ich habe keine Hausärztin / keinen Hausarzt

Adresse Hausarzt

Sie wurden überwiesen von

Notfall-Kontakte

1. Kontaktperson

Name, Vorname

2. Kontaktperson

Name, Vorname

Adresse

Adresse

Telefon

Telefon

Beziehung (Partner:in, Ehefrau/Ehemann, etc.)

Hinweise

- Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden

- Für alle Krankenkassen gilt:
Für Medikamente oder Materialien, welche nicht oder nur teilweise kassenpflichtig sind, wird weiterhin eine Rechnung direkt an Sie ausgestellt werden, welche Sie selbst zahlen müssen. Dies betrifft v.a. Patienten der KK Concordia und Atupri bei materialintensiven Untersuchungen.

Der/die Patient/in erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben.

Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten bestätigt ein Elternteil oder die gesetzlichen Vertretung mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben sowie die Kenntnisnahme.

Datum

Unterschrift