

## Personalien

### Generalità/ Identité/ Particulars

Bitte mit **Blockschrift** ausfüllen

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Si prega di scrivere in stampatello

Please fill the form in capital letters

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geschlecht</b>	
		<b>W</b> <input type="checkbox"/>	<b>M</b> <input type="checkbox"/>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Zivilstand</b>	<b>Nationalität</b>	
<b>Erziehungsberechtigter (bei Jugendlichen unter 18 Jahren oder Vormund)</b>			
<b>Name</b>	<b>Vorname</b>		
<b>Telefonnummer</b>			
<b>Strasse + Hausnummer</b>	<b>PLZ</b>	<b>Wohnort</b>	
<b>E-Mail (für die Kommunikation zwischen Patienten und Praxis ohne Versand von medizinischen Unterlagen)</b>			
<b>Telefonnummer</b>	<b>Mobile</b>	<b>Geschäft</b>	
<b>Beruf</b>	<b>Arbeitgeber</b>		
<b>Nächster Angehörige (Notfallkontakt)</b>			
<b>Name</b>	<b>Vorname</b>		
<b>Telefonnummer</b>			
<b>Alter Hausarzt (bei Hausarztwechsel zu uns)</b>	<b>Zuweiser / Hausarzt (bei Ferienvertretung, STVA Untersuchung, Zuweisung ins DiaMon Institut)</b>		
<b>Name und Ort der Krankenkasse</b>			
<b>Hausarztssystem? Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/>			
<b>(Angaben für die Versicherung, falls HMO versichert: Hausarztpraxis MZB AG, N347519)</b>			
<b>Name und Ort der Unfallversicherung</b>			
Kommen Sie wegen einem <b>Unfall</b> ? Wenn Ja, bitte das <b>Schadendatum</b> notieren:			

**Wir bitten Sie den Text auf der Rückseite zu beachten und die Erklärung zu unterschreiben!**

**Hinweis: Bitte beachten Sie, dass der unten erwähnte Text in deutscher Sprache verbindlich ist.**

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse, dem von mir genannten nachbehandelnden Arzt oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, dass eine Kopie der Rechnung in einer elektronischen anonymen Form an eine Kostenkontrollstelle (Trust Center) überwiesen werden kann.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir die Rechnungen elektronisch direkt an die Krankenkasse verschicken, falls sie diese Dienstleistung anbietet. Wenn Sie keinen direkten Rechnungsversand an Ihre Krankenkasse wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano da altri medici o istituti medicali. Nel mio interesse lo autorizzo anche a trasmettere i miei risultati d' esami ad altri medici.

Io autorizzo il mio medico a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura a una organisationa esterna. Lo autorizzo a trasmettere una copia della fattura in una forma elettronica e anonima a un posto per la controlla esterna delle coste (Trust Center).

Desideriamo che sia chiaro, che mandiamo le fatture a una forma elettronica direttamente alla cassa malattia, nel caso che lei offre questo servizio. Quando Lei non vuole la spedizione diretta della fatture alla sua cassa malattia, pregiamo di comunicare a noi.

J'autorise mon médecin à demander aux confrères ou aux établissements médicaux les dossiers médicaux à mon sujet s'il peut éviter la répétition d'examens et donc de frais inutiles. Dans mon intérêt, je l'autorise également à transmettre les résultats des examens, des traitements ou des analyses me concernant au médecin consultant ou au médecin qui m'a adressé.

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à une centre externe.

Je vous donne l'autorisation de transmettre la facture dans une forme anonyme et électronique à une poste externe pour le contrôle des coûts (Trust Center).

Nous voulons vous informer, que nous envoyons les factures électroniquement à la caisse maladie, si la caisse offre cette possibilité. Si vous ne désirez pas cette forme de facture direct à la caisse maladie, s'il vous plaît laissez-nous savoir.

I authorize my physician to request medical records, related to my disease from other physicians or medical institutes, to avoid repetitions of examinations and to save costs.

I also give my doctor the permission to transfer results to other involved physicians.

I agree that a copy of my anonymised invoice could be sent in an electronic form to an external cost control position (Trust Centre).

We would like to indicate, that we send the invoices directly to the health insurance, if your health insurance is offering this service. Should you disagree, please let us know.

**Datum**

Data

Date

**Unterschrift**

Firma

Signature

**Füllen Sie zusätzlich das Dokument «Elektronischer Versand von medizinischen Daten» aus.**