

PERSONALIEN

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	Zivilstand
		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Nationalität
Strasse und Nummer		PLZ	Ort
Beruf ?		Arbeitgeber ?	
Telefon privat	Telefon mobil	Telefon Geschäft	
E-Mail Adresse			

ERZIEHUNGSBERECHTIGTER (bei Jugendlichen unter 18 Jahren oder Vormund)

Name und Vorname	Telefon
------------------	---------

NOTFALLKONTAKT (nächste:r Angehörige:r)

Name und Vorname	Telefon
------------------	---------

HAUSÄRZT:IN (bei Ferienvertretung, STVA-Untersuchung, chirurgischer Zuweisung an Dr. med. Silke Mahanty)

Name

VERSICHERUNG

Krankenkasse Name/Ort	Unfallversicherung Name/Ort
Arztbesuch wegen Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hausarztmodell	Schadendatum
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Angabe für Ihre Versicherung:</i> Hausarztpraxis MZB AG N347519	Schadennummer

Bitte beachten Sie den Text auf der Rückseite und unterschreiben Sie die Erklärung. Danke!



Bitte beachten Sie, dass nachfolgender 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
