

PATIENTENBLATT PATIENTS JOURNAL

NAME FAMILY NAME	VORNAME FIRST NAME		
STRASSE ADDRESS	PLZ/ ORT POSTCODE/PLACE		
TELEFON P PHONE PRIVATE	TELEFON G PHONE BUSINESS		
MOBIL MOBILE	E-MAIL E-MAIL		
GEBURTSDATUM DATE OF BIRTH	GESCHLECHT GENDER	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> female	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> male
BERUF OCCUPATION	ARBEITGEBER EMPLOYER		
HAUSARZT DOCTORS NAME	ALLERGIEN ALLERGIES		
KRANKENKASSE HEALTH INSURANCE	VERSICHERUNGSNUMMER INSURANCE NUMBER		
UNFALLVERSICHERUNG ACCIDENT INSURANCE	UNFALLDATUM ACCIDENT DATE		
NOTFALLKONTAKT (NAME) EMERGENCY CONTACT (NAME)			
NOTFALLKONTAKT (TELEFON) EMERGENCY CONTACT (PHONE)			

Einverständniserklärung

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, zum Beispiel Trustcenter oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Consent form

I hereby authorise my doctor to obtain medical records in connection with my illness from other doctors and/or medical institutions so as to avoid repeating tests and incurring unnecessary additional costs.

It is in my interest that I permit him to forward his diagnosis and/or information related to my treatment and test results to any other doctor who will later treat me and also back to the referring physician. I further agree that for the purposes of billing, the medical details pertinent to my case, may be supplied to any institution, for example Trustcenter, a collection agency (or attorney), or competent state authorities.

Bei unentschuldigter Absenz behalten wir uns vor Fr. 50.– in Rechnung zu stellen.
If you do not attend your appointment without cancellation there is a 50 SFr. fee.

DATUM
DATE

UNTERSCHRIFT
SIGNATURE

2. Seite beachten
note second page

