

# Anmeldeformular

Name:		Name ledig:	
Vorname:		Zivilstand:	
Geburtsdatum:			
PLZ/Wohnort			
Strasse/Nr.			
Land:		Nationalität:	
E-Mail:			
Telefonnummer:			
Krankenkasse:		KK-Numer:	
Hausarzt:			
Zuweisender Arzt:			
Stationäre Versicherung: <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat			

Ich stimme dem Abrechnungssystem Arztrechnung an meine Krankenkasse (Tiers payant) zu und belasse die Rechnungskopie in der Arztpraxis. Auf Wunsch erhalte ich einen Ausdruck oder Kopie per Post oder E-Mail. Ich erteile ferner die Erlaubnis, dass die für die Rechnung nötigen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder die damit befassten Rechtsanwälte/Rechtsanwältinnen sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weitergeleitet werden. Ich ermächtige die oben genannten Ärzt\*innen ausdrücklich schriftliche Unterlagen über meine Krankengeschichte sowie vorher erhobene Befunde bei anderen Ärzt\*innen oder Institutionen anzufordern. Ich stimme ferner zu, dass meine Unterlagen von allen Ärzt\*innen der Praxisgemeinschaft, deren Assistent\*innen und Praxisnachfolger\*innen eingesehen bzw., dass sie diesen übergeben werden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Ärzt\*innen ihre Rechnungen elektronisch via MediPort verschlüsselt verschicken.

Datum:

Unterschrift: