

Personalienblatt

Name, Vorname	Beruf
Strasse/Nr.	Arbeitgeber*in
PLZ/Ort	Telefon Arbeitgeber*in
Kanton	AHV-Nr.
Telefon	Zuweisender Arzt*in
E-Mail ¹⁾	Hausarzt*in
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Andere:	Versicherten-Nr.
Geburtsdatum	Krankenkassenkarten-Nr.
Nationalität	Krankenversicherung bei
Zivilstand	Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesetzliche*r Vertreter*in	wenn ja, bei
<input checked="" type="checkbox"/> Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant)* <input type="checkbox"/> Arztrechnung an mich (Tiers garant)**	

Ich wünsche das Abrechnungssystem

¹⁾ E-Mail wird ausschliesslich für Befundmitteilung und Kontaktaufnahme verwendet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch den/die Arzt*in sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss der «Patienteninformation Datensicherheit und Umgang mit Personendaten der Central-Praxis AG» einverstanden bin.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder dem damit sich befassenden Rechtsanwalt sowie den zuständigen staatlichen Institutionen weiter zu leiten.

Mein*e Arzt*in ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnde*n Arzt*in zuzusenden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass der/die Arzt*in seine/ihre Rechnung via MediPort verschickt.

Datum _____ Unterschrift _____

* Tiers payant: Arztrechnung geht direkt an Ihre Krankenversicherung



** Tiers garant: Sie bezahlen die Arztrechnung selber

