

Bitte in Blockschrift ausfüllen
Please complete in block letters
Veuillez remplir en capitales



Name Name Nom	Vorname First name Prénom
----------------------------	--

Geburtsdatum Date of birth Date de naissance	<input type="checkbox"/> Männlich Male Masculin	<input type="checkbox"/> Weiblich Female Féminin	Nationalität Nationality Nationalité
---	--	---	---

Name und Vorname des/der Erziehungsberechtigten (bei Kindern) / Vormundes
Name and first name of legal guardian
Nom et prénom du tuteur officiel

Adresse: Strasse, PLZ, Wohnort, Land
Address: Street, Zip code, City, Country
Adresse: Rue, Localité, Pays

Tel	Email
------------	--------------

Zuweisung Referred by Adressé par	<input type="radio"/> <i>Hausarzt / Médecin traitant / Family physician</i>	<input type="radio"/> <i>selbst / self / moi-même</i>	Name / Name / Nom Ort / Ville / Town
--	---	---	---

Ambulante Behandlung Outpatient care Traitement en ambulatoire	<input type="checkbox"/> <i>Krankenkasse / Health insurance / Caisse maladies</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Unfallversicherung / Accident insurance / Ass. accidents</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Selbstzahler / Self-pay / Compte privé</i>

Spitalbehandlung Inpatient care Traitement hospitalier	<input type="checkbox"/> <i>Allgemeinabteilung / General / Chambre commune</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Halbprivat / Semi-private insurance / Chambre semi-privée</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Privat / Private insurance / Chambre privée</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Selbstzahler / Self-pay / Compte privé</i>

Krankenkasse Insurance Casse maladie	Mitglied Nr Policy number No. d'assuré	AHV Nummer AHV/AVS Number Numéro AVS
---	---	---

Ich gebe die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung benötigten Daten sowohl an die rechnungsstellende (zB. Medidata AG) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch an den Versicherungsträger übermitteln kann.

Je donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des médecins, à la société ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet. J'ai pris bonne note du fait que mon médecin pourra transmettre ses factures à l'assurance par voie électronique.

Datum Date	Unterschrift Signature
----------------------	----------------------------------