

Personalienblatt

Kind
Child

Name Family name

Vorname First name

Geburtsdatum Date of birth

Kinderarzt Pediatrician

Adresse (Strasse / Nr.) Address

PLZ / Wohnort Postal code / place

Krankenkasse Health insurance

Versicherten-Nummer Insurance Nr.

**Erziehungs-
berechtigte 1**
Guardian 1

Name Family name **Vorname** First name.

Geburtsdatum Date of birth

E-Mail-Adresse (zwingend, compulsory)

Mobile (zwingend, compulsory)

**Erziehungs-
berechtigte 2**
Guardian 2

Name Family name **Vorname** First name.

Geburtsdatum Date of birth

E-Mail-Adresse

Mobile

Der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin ist ermächtigt in meine Krankengeschichte Einsicht zu nehmen bzw. medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

The treating doctor is entitled to review my current and – if needed - request my previous medical records.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten im Tiers Payant Verfahren an die entsprechende Verrechnungsstelle zu senden.

I approve billing by the Tiers Payant system to my health insurance

Rechnungen oder Rechnungskopien werden elektronisch übermittelt.

Bills or copies of bills will be sent electronically

Ich erteile die Erlaubnis, dass im Falle einer notwendigen Betreuung meine Adressdaten an das mit Inkasso beauftragte Institut sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weitergeleitet werden dürfen (ohne Einschluss medizinischer Daten).

I also grant permission that, in the event of a necessary debt collection, my address data (without any medical data) may be forwarded to the institution entrusted with debt collection as well as to the responsible state authorities.

Das Arzt-Patientenverhältnis untersteht schweizerischem Recht.

The relationship between clinician and patient is subject to Swiss law.

Datum
Date

Unterschrift
Signature

