

Personalienblatt

Name Vorname weiblich männlich

Geburtsdatum Zivilstand E-Mail-Adresse

Strasse/Nummer PLZ/Ort Steuerdomizil (PLZ)

Telefon Privat Telefon Mobile Telefon Geschäft

Konfession Nationalität AHV-Nummer

Beruf Arbeitgeber (Adresse mit Tel. / selbständig / andere)

Kontaktperson, Telefon (bei Minderjährigen Adresse Eltern)

Einweisender Arzt: Name und Adresse Hausarzt: Name und Adresse

Wie wurden Sie auf die Praxis Dr. Nufer aufmerksam: Hausarzt Freunde/Familie Homepage

Versicherungsfragen

Die Behandlung erfolgt aufgrund:

Krankheit

Unfall

Unfalldatum:

Bitte geben Sie sämtliche Versicherungsdeckungen an (Krankheit und Unfall)

Krankheit: Allg. CH Allg. Kt. Halbprivat Privat

Unfall: Allg. CH Allg. Kt. Halbprivat Privat

Selbstzahler

Krankenkasse Grundvers. (KVG) und Versicherungs-Nr. Unfall-, Invaliden- od. Militärvers. und Schaden-Nr.

Krankenkasse Zusatz (VVG) und Versicherungs-Nr. Unfallzusatzversicherung und Schaden-Nr.

Der Patient ist für die Richtigkeit seiner Angaben verantwortlich.

Der behandelnde Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit seiner Erkrankung stehen, von anderen Ärzten oder in anderen ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder/und zuweisenden Arzt, sowie den zuständigen Krankenkassen, Taggeld-, oder Unfallversicherungen zuzusenden.

Ich bin darüber informiert, dass meine Krankengeschichte elektronisch geführt und archiviert wird und erlaube die Weiterleitung meiner Daten zwecks elektronischer Abrechnung.

Im Falle eines Inkassos dürfen meine Daten an die Inkassofirma weitergeleitet werden.

Ort / Datum

Unterschrift Patient