

## Anmeldeformular

Name	Vorname
Geburtsdatum	Nationalität
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Zivilstand
Strasse	PLZ
Ort	Kanton
Beruf	Telefon / Mobile
Email	Krankenversicherung
Karten-Nummer	Vericherten-Nummer
Zusatzversichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Allg <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Flex
Zuweisender Arzt/Ärztin	Hausarzt/-ärztin
Ich wünsche das Abrechnungssystem	<input type="checkbox"/> Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant)*
Ich wünsche den Bericht <input type="checkbox"/> per Email <input type="checkbox"/> per Post	<input type="checkbox"/> Arztrechnung an mich (Tiers garant)

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren abzufragen und sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der/die Arzt/Ärztin oder eine von ihm/ihr beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann. Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden.

Ort/Datum Unterschrift

---