



Problem Knie Hüfte seit <24h <2 Wochen >2Wochen

Bemerkung

Name

Vorname

weiblich

männlich

Geburtsdatum

Zivilstand

Strasse

PLZ

Wohnort

Nationalität

Telefon

Natel

Beruf

Arbeitgeber

AHV-Nummer

Krankenkasse (Grundversicherung)

Nr.

Krankenkasse (Zusatzversicherung)

Nr.

Unfallversicherung

Schaden-Nr.

Spitalbehandlung

Allgemein

Halbprivat

Privat

Selbstzahler

Zuweisender Arzt

Mein Arzt ist ermächtigt medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen können von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zu senden.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen an den Versicherungsträger übermitteln kann.

Datum

Unterschrift Patient