

Patientendaten

Name _____ männlich weiblich

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Erziehungsberechtigter _____

Telefon Privat _____

Telefon Geschäft _____

Mobile _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber mit PLZ/Ort _____

Hausarzt _____ Hausarztmodell ja nein

Zuweisender Arzt _____

Sportart _____

Sportverein _____

Versicherungsfragen

Krankenkasse _____ Sitz der Kasse _____

AHV-Nummer _____ Versicherungsnr. _____

Unfallversicherung _____ Unfallnr. _____

Ich erkläre mich hiemit einverstanden, dass Untersuchungsberichte anderer Ärzte angefordert werden können und dass in meinen Fall involvierte Ärzte und Therapeuten einen Bericht erhalten.

ja nein

Hinweis:

Unser Standardabrechnungsverfahren KVG ist Tiers payant (TP), das heisst, wir rechnen direkt elektronisch mit Ihrer oben angegebenen Krankenkasse ab, sofern diese bei Mediport angeschlossen ist.

Auf Wunsch erhalten Sie in der Praxis eine Rechnungskopie oder wir senden Ihnen diese per E-Mail.

Bei Rechnungsstellung an Sie, erklären Sie sich bereit, diese innert 30 Tagen zu begleichen.

Datum: _____

Unterschrift: _____