

Name

 Cognome
Nom

Vorname

 Nome
Prénom

Geburtsdatum

 Data di nascita
Date de naissance

Geschlecht

 Sesso
Sexe

 weiblich
femmina
féminin

 männlich
maschio
masculin

Zivilstand

 Stato civile
Etat civil

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)

Cognome e nome dei tutori (se si tratta di bambini)

Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)

Adresse

 Indirizzo
Adresse

PLZ
Wohnort

 Località
Localité

Tel. | Natel
Nationalität

 Nazionalità
Nationalité

E-Mail
Beruf

 Professione
Profession

Arbeitgeber

 Datore di lavoro
Employeur

Tel.

 Tel.
Tél.

Zuweisende/r Arzt/Ärztin

 Medico curante
Médecin traitant

Hausarzt/-ärztin

 Medica di famiglia
Médecin de famille

Kostenträger

Garant

 Krankenkasse
Cassa malati
Caisse maladie

 Unfallversicherung
Assicurazione infortuni
Assurance accidents

 Selbstzahler
Conto privato
Compte privé

AMBULANTE BEHANDLUNG
Krankenkasse | Versicherung

 Cassa malati | assicurazione
Caisse maladie | assurance

Sektion | Mitglied-Nr.

 Sezione | N. d'assicurato
Section | No. d'assuré

Kostenträger

Garant

 Allgemeinabteilung
 Halbpriv. Spitalvers.
 Private Spitalvers.
 Selbstzahler/in
 Sezione generale
 Sezione semiparticolare
 Sezione particolare
 Conto privato

 en chambre commune
 en chambre semi-privée
 en chambre privée
 Compte privé

SPITALBEHANDLUNG

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Aerktekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. **Mein/e Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.**

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei medici, alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso come anche istanze ufficiali competenti. **Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano.**

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des médecins, à la société ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes.

Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet.

Datum | data | date

Unterschrift | firma | signature