

Praxisgemeinschaft Leutschen

Wiesenstrasse 9 a, 8807 Freienbach, Telefon: 055-410 33 26 Fax: 055-410 44 85

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon privat:

Natel:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Hausarzt:

Ort:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon Geschäft:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Unfallversicherung:

Police-Nr.:

Unfalldatum:

Bei unentschuldigter Absenz behalten wir uns vor 50.- sFr. in Rechnung zu stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Gültigkeit obengenannter Angaben.

Datum / Unterschrift:

Praxisgemeinschaft Leutschen

Wiesenstrasse 9 a, 8807 Freienbach, Telefon: 055-410 33 26 Fax: 055-410 44 85

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

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

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, z.B. Trustcenter oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Il medico é autorizzato a richiedere in visione atti medici che mi riguardano ad altri medici o istituzioni mediche. Nel mio interesse o autorizzo inoltre a trasmettere il rapporto della sua visita e risultati di eventuali esami al mio medico di famiglia o ad altri medici che mi hanno in cura.

Autorizzo il medico trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla società incaricata così come alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso e ad altre istanze, a esempio Trustcenter ufficiali competenti.

J'autorise mon médecin à demander à des confrères ou à des établissements médicaux les dossiers médicaux à mon sujet. Dans mon intérêt, je l'autorise également à transmettre les résultats des examens, des traitements ou des analyses me concernant au médecin consultant ou au médecin qui m'a adressé.

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

I hereby authorise my doctor to obtain medical records in connection with my illness from other doctors and/or medical institutions so as to avoid repeating tests and incurring unnecessary additional costs. It is in my interest that I permit him to forward his diagnosis and/or information related to my treatment and test results to any other doctor who will later treat me and also back to the referring physician.

I further agree that for the purposes of billing, the medical details pertinent to my case, may be supplied to any institution, for example Trustcenter, a collection agency (or attorney), or competent state authorities.

Datum / Unterschrift:

Informationen an unsere Patienten/innen über die Rechnungsstellung ab Juli 2011

In unserem Kanton werden Rechnungen nach dem Tiers payant-System direkt den Krankenkassen zugestellt. Aus Umweltschutzgründen und um den administrativen Aufwand in Grenzen zu halten, geschieht dies auf elektronischem Weg.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, bei Bedarf die bei uns im PC gespeicherten Rechnungskopien in der Praxis direkt einzusehen, abzuholen oder bei der nächsten Konsultation mitzunehmen.

Vereinbarung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung, die mich oder mein(e) Kind(er) betrifft/betreffen, weiterhin nach einer zweimonatlichen Rechnungsperiode (ausser am Jahresende) direkt an die Krankenkasse versandt werden, ohne Kopie an mich.

Ich kann jedoch bei Bedarf, jederzeit in der Praxis eine Kopie abholen.

Freienbach, den

Unterschrift

Praxisgemeinschaft Leutschen

Wiesenstrasse 9 a, 8807 Freienbach, Telefon: 055-410 33 26, Fax: 055-410 44 85

Family name: _____

First name: _____

Address & Post code: _____

Place of residence: _____

Phone number: _____

Mobile number: _____

Date of Birth: _____

E-Mail: _____

family Doctor: _____

Place of residence: _____

Profession: _____

Employer: _____

Telephone number: _____

Health insurance company: _____

Health insurance number: _____

Accident insurance: _____

Police reference number:
(if applicable)

Date of accident: _____

If you do not attend your appointment without cancellation there is a 50 sFr. fee.

I confirm that the information I have given is true and I agree to the terms stated.

Date / Signature: _____