

ANMELDEFORMULAR

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Anrede:	Vorname:	Nachname:
Strasse:	PLZ:	Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:	Natel:
Zivilstand:	Geburtsdatum:	e-mail-Adresse:
Beruf:	Arbeitgeber (Name und Adresse):	
Zuweisender Arzt:	Adresse:	
Hausarzt:	Adresse:	
Sozialversicherungsnummer (AHV-Nummer):		
Versichertenkarten-Nummer (VeKa-Nummer):		
Name Krankenkasse (Grundversicherung):	Adresse:	
	Mitgliedernummer:	
	Spital: Allgemein <input type="checkbox"/> / Halbprivat <input type="checkbox"/> / Privat <input type="checkbox"/>	
	Ambulant: Allgemein <input type="checkbox"/> / Privat <input type="checkbox"/>	
Name Krankenkasse (Zusatzversicherung):	Adresse:	
	Mitgliedernummer:	
	Spital: Allgemein <input type="checkbox"/> / Halbprivat <input type="checkbox"/> / Privat <input type="checkbox"/>	
	Ambulant: Allgemein <input type="checkbox"/> / Privat <input type="checkbox"/>	
Name Unfallversicherung:	Adresse:	
	Versicherungsnummer:	
	Unfalldatum:	
	Spital: Allgemein <input type="checkbox"/> / Halbprivat <input type="checkbox"/> / Privat <input type="checkbox"/>	
	Ambulant: Allgemein <input type="checkbox"/> / Privat <input type="checkbox"/>	

Einverständniserklärung

Mein/e PhysiotherapeutIn wird von mir bevollmächtigt:

- medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten auszutauschen.
- die erforderlichen persönlichen und Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Ich erlaube meinem/r PhysiotherapeutIn nicht-öffentliche Listen mit säumigen Zahlern anzulegen, welche er/sie mit anderen PhysiotherapeutInnen austauschen darf.

Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkassen) in Rechnung gestellt.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patientin/Patienten

.....

.....