

## 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: \_\_\_\_\_