

NAME	VORNAME
Cognome	Nome
Family Name	First Name

Name des Vaters und der Mutter (bei Kindern)  
Nome del padre e della madre (bambini)  
Name of father and mother (children)

Geburtsdatum	Zivilstand	Nationalität
Data di nascita	Stato civile	Nazionalità
Date of birth	Marital status	Citizenship

Strasse & Nr.	PLZ und Wohnort
Strada & No.	CAP e località
Street & No.	ZIP and place of residence

Telefon privat	Natel	Tel Geschäft
Phone number	Mobile	Phone business

E-Mail

Beruf	Arbeitgeber
Professione	Datore di lavoro
Occupation	Employer

Zuweisender Arzt	Hausarzt
Medico curante	Medico di famiglia
Referring physician	Family doctor

Krankenkasse	Versicherungsnummer
Cassa malati	No. d'assicurato
Health insurance company	Health insurance number

Unfallversicherung	Unfalldatum
Assicurazione infortuni	Data del incidente
Accident insurance	Date of accident

Krankenkasse Spital

- allgemein / sezione generale / general insurance
- halbprivat / semiparticolare / semi-private
- privat / particolare / privat
- Selbstzahler / Conto privato / self-pay patient

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder dem damit befassten Rechtsanwalt sowie die staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Ich ermächtige die Ärzte der ORL See-Praxen medizinische Akten zu meiner Erkrankung von anderen Ärzten anzufordern sowie Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse anderen Ärzten zuzusenden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Ärzte der ORL HNO Seepraxen nach Möglichkeit direkt mit meiner Krankenkasse abrechnen. Eine Rechnungskopie wird nur auf Verlangen zugeschickt, per E-Mail kostenfrei, per Post kostenpflichtig.

I hereby agree that for the purpose of billing my medical details may be supplied to any institution, an attorney and to the competent state authorities.

I hereby authorise the doctors of the ORL See-Praxen to obtain medical records related to my illness from other doctors and to forward diagnostic and treatment results to any other doctor.

I acknowledge that if possible the doctors of the HNO ORL Seepraxen handle billing directly via the insurance of the patient.

Datum	Unterschrift
Data	Firma
Date	Signature