



## Erklärung

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. 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 Rechnung stellende (Ärztelkasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution weiterzuleiten.

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.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung, die mich oder mein(e) Kind(er) betrifft / betreffen, nach einer dreimonatlichen 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 / bestellen.**

---

*Il medico é autorizzato a richiedere in visione atti medici che mi riguardano ad altri medici o istituzioni mediche, evitando così die ripetere inutilmente degli esami. Nel mio interesse lo autorizzo inoltre a trasmettere il rapporto della sua visita e i risultati di eventuali esami al mio medico di famiglia o ad altri medici che mi hanno in cura.*

*Autorizzo il medico a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla società incaricata (p.es. cassa dei medici) così come alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso e ad altre istanze ufficiali competenti.*

*J'autorise mon médecin à demander à des confrères ou à des établissements médicaux les dossiers médicaux à mon sujet s'il peut éviter la répétition d'examens et donc de frais inutiles. 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 ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes.*

---

*I allow my doctor to order medical files, which are in connection to my illness / accident, from other doctors to prevent repeated examinations and save money. In my interest I do also allow him to send his examinations- and treatment results or assessments to the aftertreatment- or allocation doctor.*

*I allow to send all the required data for invoicing to the Ärztekasse and also to a collection institution or the dealing lawyer or the responsible state agencies if required.*

Datum	Unterschrift
Data	Firma
Date	Signature

## Willkommen in der etzelclinic !

Bitte ausgefüllt mitbringen...

Name	Vorname	
Strasse	PLZ/Ort	
Geburtsdatum	Email	
Privat ①	Mobile	
Beruf		
Arbeitgeber	Geschäft ①	
Allergien		
Medikamente		
<b>Zuweisung?</b> Falls ja, Arzt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hausarzt

Behandlungsgrund:	re: <input type="checkbox"/> li: <input type="checkbox"/>	Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/>
-------------------	---	--

<b>Krankenkasse</b>	Sektion (Ort)
Mitglied- / Versicherungsnummer KK	
Zusatzversicherung	Sektion (Ort)
Versicherungsnummer Zusatzversicherung	
Spitalversicherung	privat <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> allg. ganze CH <input type="checkbox"/> allg. nur kantonal <input type="checkbox"/>
Gilt der Spitalzusatz bei Ihrer Krankenkasse auch für Unfall? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

<b>Unfallversicherung</b>	
Sektion (Ort)	
Police-/ Schadennummer	Unfalldatum:
Spitalversicherung	privat <input checked="" type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> allg. ganze CH <input type="checkbox"/> allg. nur kantonal <input type="checkbox"/>
Bemerkungen	

Bei Versicherungswechsel während der Behandlung (Unfall / Krankheit) behalten wir uns vor, Ihnen für unsere Umtriebe CHF 150.— sowie für unentschuldigte, versäumte Konsultation CHF 50.— zu verrechnen.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

siehe Rückseite →