

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 (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution 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, 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

see back side

welcome to etzelclinic !
you...

Complete and bring with

surname	name	
address	zipcode /place	
date of birth	email	
private ①	mobile	
profession		
employer	business ①	
allergies		
drugs		
allocation? If yes, doctor?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	family doctor

Treatment base:	left <input type="checkbox"/> right <input type="checkbox"/>	illness <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/>
-----------------	--	--

health insurance	place
insurance number	
additional insurance	place
additional insurance number	
hospital insurance	private <input type="checkbox"/> semi-private <input type="checkbox"/> general <input type="checkbox"/> general cantonal <input type="checkbox"/>
Is your additional insurance also valid for accident?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

accident insurance	
place	
policy / damage number	date of accident:
hospital insurance	private <input type="checkbox"/> semi-private <input type="checkbox"/> general <input type="checkbox"/> general cantonal <input type="checkbox"/>
comments	

If there's an insurance change during the treatment (illness / accident) we reserve to charge 150.- for our effort as well as for unexcused, missed consultations 80.-

date/ signature: