



Patient

Name/Cognome/ Nom	_____	Mobiltelefon/ Cellulare/Tel.mobile	_____
Vorname/Nome/ Prénom	_____	Telefon privat/ privato/privé	_____
Adresse/Indirizzo/ Adresse	_____	Tel. Geschäft/ ufficio /prof.	_____
PLZ Wohnort/NPA Località/Localité	_____	IV-Nummer	_____
Geburtsdatum/Data di nascita /Date de naissance	_____	Krankenkasse/Cassa Caisse maladie	_____
Nationalität	_____	Mitglied-Nr./No membro/No membre	_____
E-Mail	_____	AHV-Nr./No AVS/ No AVS	_____
Geschlecht/Sesso/ Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Spital Vers.	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat

Hausarzt/Medico curante/Médecin traitant

Im Verhinderungsfalle bitte 24 Stunden vorher berichten, ansonsten wird der Termin verrechnet.

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende MediPort, als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen weiterzuleiten. Ich akzeptiere ausschliesslich Schweizer Recht. Gerichtsstand Bezirksgericht Horgen/Zürich. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnung direkt an die Krankenkasse) und - eine Kopie elektronisch an mich (bzw. gesetzliche Vertretung) übermittelt.

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla MediPort, alle società eventualmente incaricata dell'incasso come anche alle istanze ufficiali competenti (ufficio d'esecuzione, giudice di pace, tribunali). Non si trasmette nessun dato che permette di risalire al cao concreto concernente il trattamento medico. Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano. con la firma del presente formulario accetto che le mie fatture possano essere emesse, via carta o elettronicamente, in Terzo Pagante (invio diretto agli assicuratori malattia) un copia per via telematica a me (o legale rappresentante).

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la MediPort, à la société éventuellement chargée de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes (office des poursuites, juge de paix, tribunaux). Il va sans dire que vous ne livrez aucune donnée, susceptible de fournir des informations sur mon traitement médical, aux sociétés d'encaissement, à l'office des poursuites, au juge ou aux tribunaux compétents. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux me concernant. Par la signature de ce formulaire, j'accepte une facturation éventuelle en papier ou électronique, en tiers payant (Envoyer la facture directement à la caisse maladie) et une copie par voie électronique à moi (ou à mon représentant légal).

Datum/Data/Date

Unterschrift/Firma/Signature