

Name/Vorname/Cogname/Nome/Nom/Prénom

Früherer Name/Cogname da nubile/Nom de jeune fille

Geburtsdatum/Data di nascita/Date de naissance

Geschlecht/Sesso/Sexe

Zivilstand/Stato civile/Etat-civil

F M

Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)/Cogname e nome dei tutori (se si tratta di bambini)/

Nom et prénom du représentant légal (dans le cas d'un enfant)

Adresse/Indirizzo/Adresse

PLZ/Wohnort/NPA/Località/NPA/Localité

Telefon privat/Tel. privato/Tél. privé

Mobiltelefon/Cellulare/Tél. mobile

E-Mail

Nationalität/Nazionalità/Nationalité

Beruf/Arbeitgeber/Professione/Datore di lavoro/Profession/Employeur

Tel. Geschäft/Tel. ufficio/Tél. prof.

Zuweisender Arzt/Ärztin/Hausarzt/Medico curante/Médecin traitant

AHV-Nr./No AVS/No AVS

Krankenkasse/Vers./Cassa malati/Assicurazione/Caisse maladie/Assurance

Mitglied-Nr./No membro/No membre

Garant/Kostenträger/Garante/Assicuratore/Garant

Allgemeinabteilung
 Camera comune
 Chambre commune

Halbprivate Spitalversicherung
 Camera semi-privata
 Chambre semi-privée

Private Spitalversicherung
 Camera privata
 Chambre privée

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betriebsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/Meine Ärztin 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)

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei Medici, alla 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 caso 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)

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des Médecins, 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)

Datum/Data/Date

Unterschrift/Firma/Signature

Please complete in block letters

Surname First name Maiden name

Date of birth Sex F M Marital status

Name and first name of guardian (for children)

Address Street Town

Telephone home Mobile

E-Mail Nationality

Occupation/Employer Telephone office

Referring physician/Family physician AHV-No.

Health insurance scheme Section/Member No.

Guarantor/Payer General ward Semi-private hospital insurance Private hospital insurance

I hereby grant permission for the patient information required for invoicing and payment collection to be forwarded to the invoicing body (Ärztelasse), and to the collection authority if applicable, as well as to the appropriate State authorities. Collection office, magistrates' court, competent courts will receive no data which might enable conclusions to be reached as to the specific medical treatment. My physician will be authorised to consult my medical files and pass on information in my interest. By signing this form, I accept all, paper or electronic, bills under tiers payant (cost share) arrangement. (invoices sent directly to the health insurance scheme)

Date Signature