

Personalienblatt

Scheda dati personali
 Fiche personnelle
 Personal data sheet

Name Cognome Nom	<input type="text"/>	Vorname Nome Prénom	<input type="text"/>
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Date of birth	<input type="text"/>	Geschlecht Sesso Sexe gender	weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> femina maschio féminin masculine female male
Adresse Indirizzo Adresse Adress	Strasse / Strada / Rue / street <input type="text"/>	PLZ / ZIP <input type="text"/>	Ort / Località / Localité / Location <input type="text"/>
Telefon (Mobile) Tel. portabile Tel. portable Phone (Mobile)	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Nationalität Nazionalità Nationalité Nationality	<input type="text"/>	Krankenkasse / Assicurazione sanitaria / Assurance maladie <input type="text"/>	
Kartenummer Krankenkasse Numero di tessera sanitaria Numéro de la carte d'assurance maladie Health insurance card number		<input type="text"/>	

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Aerztekasse oder Curabill AG) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei medici, alla società o all' avvocato eventualmente incaricati dell'incasso come anche istanze ufficiali competenti.

Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano

Je donne l'autorisation de transmettre les données nécessaires à la facturation tant à l'auteur de la facture (par exemple, Aerztekasse ou Curabill AG) qu'à l'institution chargée du recouvrement des créances ou à l'avocat chargé de ce recouvrement ainsi qu'aux autorités compétentes de l'État.

Mon médecin est autorisé à demander que les dossiers médicaux me concernant soient examinés.

I grant permission to forward the data required for invoicing both to the invoicing party (e.g. Aerztekasse or Curabill AG) and to the institution commissioned with any collection or the lawyer involved as well as to the competent state authorities.

My physician is authorized to request medical files on me for inspection.

Datum
Data
Date

Unterschrift
Firma
Signature