

# Personalienblatt

Scheda dati personali  
Fiche personnelle  
Personal data sheet

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nom		Prénom	
Name		First name	

<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich
Data di nascita	<input type="text"/>	Sesso		femina		maschio
Date de naissance		Sexe		féminin		masculine
Date of birth		Sex		female		male

<b>Erziehungsberechtigte bei Kindern</b>	<b>Name Vorname / nome conome / nom prénom / Full name</b>
Tutore legali dei minori	<input type="text"/>
Responsable légal des enfants	
Legal guardian for children	

<b>Adresse</b>	<b>Strasse / Strada / Rue / street</b>	<b>PLZ / ZIP</b>	<b>Ort / Località / Localité / Location</b>
Indirizzo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse			
Adress			

<b>Telefon (Mobile)</b>	<b>E-Mail</b>
Tel. portabile	<input type="text"/>
Tel. portabile	
Phone (Mobile)	

<b>Nationalität</b>	<b>Krankenkasse / Assicurazione sanitaria / Assurance maladie</b>
Nazionalità	<input type="text"/>
Nationalité	
Nationality	

<b>Kartenummer Krankenkasse</b>	
Numero di tessera sanitaria	<input type="text"/>
Numéro de la carte d'assurance maladie	
Health insurance card number	

<b>Beruf / professione / profession / profession</b>	<b>Arbeitgeber / datore di lavoro / employeur / employer</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Hausarzt / medico di famiglia / médecin de famille / General practitioner</b>
<input type="text"/>

**Einverständniserklärung / Datenschut**  
 Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Aertzekasse 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. Mit Ihrer Einwilligung zur Weiterverwendung der Daten tragen Sie zur Förderung einer bestmöglichen Versorgung und Patientensicherheit bei. Werden zu Studienzwecken die Daten extern weitergegeben, so sind diese anonymisiert und es sind keine Rückschlüsse auf Sie möglich. Ihre Daten behandeln wir vertraulich und schützen diese gegen unberechtigte Zugriffe.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website ([www.airportmedicalcenter.ch](http://www.airportmedicalcenter.ch)) oder können am Empfang bezogen werden.

**Dichiarazione di consenso / Protezione dei dati**  
 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. Dando il vostro consenso all'ulteriore utilizzo dei vostri dati, contribuite a promuovere la migliore assistenza possibile e la sicurezza dei pazienti. Se i dati vengono trasmessi all'esterno a scopo di studio, vengono resi anonimi e non è possibile trarre conclusioni su di voi. I dati vengono trattati con riservatezza e protetti da accessi non autorizzati.

Per ulteriori informazioni sulla protezione dei dati, consultare la dichiarazione sulla protezione dei dati sul nostro sito web ([www.airportmedicalcenter.ch](http://www.airportmedicalcenter.ch)) o rivolgersi alla reception.

**Déclaration de consentement / Protection des données**  
 Je donne l'autorisation de transmettre les données nécessaires à la facturation tant à l'auteur de la facture (par exemple, Aertzekasse 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. En donnant votre accord pour la réutilisation des données, vous contribuez à promouvoir les meilleurs soins possibles et la sécurité des patients. Si les données sont transmises à l'extérieur à des fins d'étude, elles sont anonymisées et il n'est pas possible de remonter jusqu'à vous. Nous traitons vos données de manière confidentielle et les protégeons contre tout accès non autorisé.

Pour plus d'informations sur la protection des données, veuillez consulter la déclaration de protection des données sur notre site web ([www.airportmedicalcenter.ch](http://www.airportmedicalcenter.ch)) ou vous la procurer à la réception.

**Data protection**  
 I grant permission to forward the data required for invoicing both to the invoicing party (e.g. Aertzekasse 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. By giving your consent to the further use of the data, you are helping to promote the best possible care and patient safety. If data is passed on externally for study purposes, it is anonymised and no conclusions can be drawn about you. We treat your data confidentially and protect it against unauthorised access.

For further information on data protection, please refer to the data protection declaration on our website ([www.airportmedicalcenter.ch](http://www.airportmedicalcenter.ch)) or contact the reception.

**Terminabsagen**  
 Danke, dass Sie uns Ihre Terminverschiebung bzw. -absage bis spätestens 24 Stunden im Voraus mitteilen. Bei späterer Meldung kann Ihnen der Termin in Rechnung gestellt werden.

**Appointment cancellations**  
 Thank you for notifying us of your appointment rescheduling or cancellation at least 24 hours in advance. If you notify us later, you may be charged for the appointment.

<b>Datum</b>		<b>Unterschrift</b>	
Data	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>
Date		Signature	