

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon P \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Telefon G. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Tel. Nr Angehörige /Verwandschaft o.ä. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer /AHV \_\_\_\_\_

Hausarztmodell?  Ja  Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Hausarztpraxis Menziken alle erforderlichen Daten, die für die Rechnungszustellung notwendig sind, abfragen kann. Ich ermächtige meinen Arzt/Ärztin, medizinische Akten über mich anzufordern sowie medizinische Auskunft an nachbehandelnde Ärzte/Spitäler oder Kranken-/Unfallversicherer weiterzugeben. Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der Angaben auf diesem Formular.

Bitte lesen Sie die neuen Datenschutzrichtlinien auf unserer Internetseite durch:  
<https://www.spitalmenziken.ch/ueber-uns/impressum/datenschutzerklaerung>

Ort, Datum ..... Unterschrift: .....