

Patientendaten

Name		☐ männlich	☐ weiblich
Vorname			
Strasse/Nr.			
PLZ/Wohnort			
Geburtsdatum			
Erziehungsberechtigter			
Telefon Privat			
Telefon Geschäft			
Mobile			
E-Mail			
Beruf			
Arbeitgeber mit PLZ/Ort			
Hausarzt		☐ Hausarztmodell	☐ ja ☐ nein
Zuweisender Arzt			
Sportart			
Sportverein			

Versicherungsfragen

Krankenkasse		Versichertenkartenr.	
AHV-Nummer		Zusatzversicherung	
Unfallversicherung		Unfallnr.	

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass Untersuchungsberichte, sowie Röntgenbilder anderer Ärzte angefordert werden können und dass in meinen Fall involvierte Ärzte und Therapeuten einen Bericht erhalten. Weiter bin ich einverstanden, dass für die Rechnungsstellung relevanten Daten mittels Versichertenkartennummer ermittelt werden.

☐ ja ☐ nein

Hinweis:

Unser Standardabrechnungsverfahren KVG ist Tiers payant (TP), das heisst, wir rechnen direkt elektronisch mit Ihrer oben angegebenen Krankenkasse ab, sofern diese bei Mediport angeschlossen ist. Über HIN-Mail erhalten Sie ein Rechnungskopie an Ihre E-Mail Adresse.
Bei Rechnungsstellung an Sie, erklären Sie sich bereit, die Rechnung innert 30 Tagen zu begleichen.

Datum:

Unterschrift: