

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Si prega di scrivere in stampatello
Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Name Cognome Nom	Vorname Nome Prénom
-------------------------------	----------------------------------

Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance	Geschlecht Sesso Sexe	<input type="checkbox"/> weiblich femmina féminin	<input type="checkbox"/> männlich maschio masculin	Zivilstand Stato civile Etat civil
---	------------------------------------	---	--	---

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)
Cognome e nome dei tutori (se si tratta di bambini)
Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)

Adresse Indirizzo Adresse	Strasse / Strada / Rue	PLZ	Wohnort / Località / Localité
--	-------------------------------	------------	--------------------------------------

Telefon privat Tel. privato Tél. privé	Natel Tel. portabile Tél. portable	Nationalität Nazionalità Nationalité
---	---	---

Beruf Professione Profession	Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur	Tel. Tel. Tél.
---	---	-----------------------------

Zuweisende(r) Arzt/ Ärztin Medico curante Médecin traitant	Hausarzt/-ärztin Medico di famiglia Médecin de famille
---	---

Kostenträger / Garant <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> Krankenkasse Cassa malati Caisse maladie	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung Assicurazione infortuni Assurance accidents	<input type="checkbox"/> Selbstzahler Conto privato Compte privé
--	--	--	---

Krankenkasse / Versicherung Cassa malati/assicurazione Caisse de maladie/assurance	Sektion / Mitglied Nr. Sezione/N., d'assicurato Section/No. d'assuré
---	---

Kostenträger / Garant <input type="checkbox"/> Spitalbehandlung	<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung	<input type="checkbox"/> Sezione generale	<input type="checkbox"/> en chambre commune
	<input type="checkbox"/> Halbpriv. Spitalvers.	<input type="checkbox"/> Sezione semiparticolare	<input type="checkbox"/> en chambre semi-privée
	<input type="checkbox"/> Private Spitalvers.	<input type="checkbox"/> Sezione particolare	<input type="checkbox"/> en chambre privée
	<input type="checkbox"/> Selbstzahler/in	<input type="checkbox"/> Conto privato	<input type="checkbox"/> Compte privé

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution Inkassostelle für Ärzte, Postfach 800, 2501 Biel 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 società incaricata della fatturazione, alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso servizio incasso per medici e dentisti, casella postale 800, 2501 Bienne come anche istanze ufficiali competini.

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

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises à l'établissement de la facturation et à la société service d'encaissement pour professions médicales à Bienne ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes.

Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet.

Datum Data Date	Unterschrift Firma Signature
------------------------------	---