



ANMELDEFORMULAR

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich, <input type="checkbox"/> männlich, <input type="checkbox"/> divers
Strasse	Ort
Zivilstand	Nationalität
Telefon privat	Mobilnummer
Telefon geschäftlich	E-Mail-Adresse
Beruf	Arbeitgeber
Erziehungsberechtigter/ Beistand	
Krankenkasse	Versichertennummer
Hausarztmodell <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis alle erforderlichen Daten, die für die Rechnungszustellung notwendig sind, abfragen kann. Ich ermächtige meinen Arzt, medizinische Akten über mich anzufordern sowie medizinische Auskunft an nachbehandelnde Ärzte, Spitäler oder Kranken-/Unfallversicherungen weiterzugeben. Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der Angaben auf diesem Formular. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass die Praxis an der Bergstrasse die Rechnungen elektronisch im Tiers payant verschickt.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift