



Personalienblatt: (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name Vorname Geschlecht F M

Geburtsdatum Zivilstand

Name und Vorname des/der Erziehungsberechtigten (bei Kindern)

Adresse PLZ, Wohnort

Telefon Privat Mobiltelefon

email Nationalität

Beruf Telefon Geschäft

Überwiesen ja nein von (Name des Arztes oder Therapeuten)

Krankenkasse AHV-Nummer

Zusatzversicherung ja nein Name der Krankenkasse (falls nicht identisch)
Alternativmedizin

Ich erteile hiermit die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Therapeut/Meine Therapeutin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzugeben.
Weiter erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass meine Patientendaten, meine Krankheitsgeschichte und die Verlaufsblätter von allen Therapeuten und allfälligen Praktikanten der Praxis medicus tcm eingesehen und diskutiert werden.

Datum Unterschrift
