

Christian Loewe
Dorf 17 / Postgebäude
CH-9053 Teufen AR
Tel. 071 333 22 27
Fax 071 333 19 71

PATIENTENBLATT

Für die administrativen Arbeiten benötigen wir Ihre korrekten Angaben. Gerne sind wir bei Bedarf beim Ausfüllen behilflich. Bitte schreiben Sie in Druckschrift.

Name/lediger Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Nationalität: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Mobiltelefon: _____

Krankenkasse: _____

Mitgliednummer: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung für:

Spital: Allgemein:

ja nein

Allgemein ganze CH:

ja nein

Spital: Halbprivatabteilung:

ja nein

Spital: Privatabteilung:

ja nein

Unfallversicherung: _____

Mitgliednummer: _____

Zuweisender Arzt: _____

Ort: _____

Hausarzt: _____

Ort: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Adresse des gesetzlichen Vertreters (Eltern/Vormund)/Angehörige:

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Ich erteile Ihnen hiermit mein Einverständnis, die notwendigen Daten für die Rechnungsstellung, das Inkasso sowie die Buchführung an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Besten Dank!