

Stammdaten Patienten

Bitte am OP-Tag Krankenkassenkarte mitnehmen

Durch die Patientin / den Patienten auszufüllen. Besten Dank.

Krankheit Unfall Eingriffsdatum: _____

Blutverdünner ja nein

Frau Herr E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Erziehungsberechtigte (bis 18 Jahre): _____

Name/Telefon Angehörige: _____

Kostenträger: Allgemein Halbprivat Privat Selbstzahler

Krankenkasse: (Allgemein) _____ Vers.-Nr.: _____

Karten-Nr. _____

Krankenkasse: (Halbprivat/Privat) _____ Vers.-Nr.: _____

Unfallversicherung: _____ Schaden-Nr.: _____

Ort: _____ Unfall-Datum: _____

Telefon _____

Arbeitgeber: _____ Arbeitgeber: _____

Bei Unfall bitte ebenfalls Krankenkasse und Versicherten-Nummer ausfüllen.

Gewicht in kg: _____ Grösse in cm: _____

Allergien: (bitte Allergiepass am Eintrittstag mitbringen) _____

Sonstiges: (Ängste etc.) _____

Hausarzt: _____ Arzt MZB: _____

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Ich ermächtige das MZB, den Krankenkassen/Versicherungen die zur Feststellung der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte zu erteilen (ICD-10/CHOP) und die Angaben verschlüsselt an das Bundesamt für Statistik weiterzugeben. Bei gewissen Krankenkassen/Versicherungen wird die Rechnung direkt elektronisch übermittelt. Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an die Krankenkasse gesendet wird («Tiers payant»).

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____