

Personalienblatt

AHV-Nummer

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht W

M

Name des Erziehungsberechtigten

Strasse

PLZ

Wohnort

Tel. Privat

Natel

Nationalität

Email

Beruf

Arbeitgeber

Tel.Geschäft

Zuweisender Arzt

Hausärztin/-arzt

Krankenkasse/Versicherung

Sektion/Mitglied Nr.

Eingeschränkte Arztwahl (Hausarztmodell)

Freie Arztwahl

**Kostenträger/
Garant**

Krankenkasse

Unfallversicherung

Selbstzahler

- Allgemeinabteilung
- Halbpriv. Spitalvers.
- Priv. Spitalvers.
- Selbstzahler

Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern.

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____