

Personalien-Blatt

AHV-Nummer

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Geschlecht

W

M

Telefonnr.

E-Mail

Nationalität

Beruf

Arbeitgeber

Telefonnr. Geschäft

Zuweisender Arzt/Ärztin

Hausarzt/-ärztin

Krankenkasse

Sektion/Mitglied-Nr.

Eingeschränkte Arztwahl (Hausarztmodell)

Freie Arztwahl

**Kostenträger/
Garant**

Krankenkasse

Unfall

Selbstzahler

Allgemeinabteilung

Halbprivat Spitalversicherung

Privat Spitalversicherung

Selbstzahler

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

Ort/Datum

Unterschrift