



## Personalienblatt – Rigidocs AG

<b>Nachname</b>		<b>O männlich O weiblich</b>
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Strasse</b>		<b>Nr.</b>
<b>Postleitzahl</b>		
<b>Ort</b>		
<b>Tel. Privat</b>		
<b>Tel. Mobile</b>		
<b>Tel. Geschäft</b>		
<b>Erinnerungs-SMS an</b>		
<b>E-Mail</b>		
<b>Ausbildung / Beruf</b>		
<b>Andere Adressen z.B. Beistand oder Sozialamt</b>		

<b>Hausarzt</b>	
-----------------	--

<b>AHV Nr.</b>			
<b>Grundversicherung</b>		<b>Vers. Nr.</b>	
<b>Zusatzversicherung</b>		<b>Vers. Nr.</b>	

Leiden Sie an:			Welche
<b>Allergien</b>	<b>O Ja</b>	<b>O Nein</b>	
<b>chronischen Krankheiten</b>	<b>O Ja</b>	<b>O Nein</b>	

Der Patient, respektive der gesetzliche Vertreter erklärt sich mit untenstehenden Punkten einverstanden:

- der Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über den Patienten einzufordern.
- Patientendatenverwendung innerhalb der Rigidocs AG (Kinderärzte Rigiplatz, Jugendpsychologie Krone, Dr. Schumann)
- Rechnungen werden direkt mit der Versicherung abgerechnet (Rechnungskopie kann in der Praxis bestellt werden)
- dass Daten zwecks Rechnungsbearbeitung und – Stellung an Dritte weitergegeben werden.

Termine müssen 24 Stunden vorher abgesagt werden, ansonsten erfolgt die Verrechnung ohne Kassenpflicht.

Appointments must be cancelled 24 h in advance, otherwise we'll have to bill you for our inconvenience.

Cancellare appuntamenti 24 ore prima, se no a pagamento private.

<b>Ich bestätige, dass alle Daten korrekt sind und ich mit den obigen Ausführungen einverstanden bin.</b>		Korrespondenz an:
Datum:	Unterschrift:	