



## Anmeldeformular

Herr  Frau  Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter/-in: \_\_\_\_\_

Hausarzt, behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Selbstzahler/-in       Sozialamt/ Zusatzleistungen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution weitergeleitet werden dürfen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_