

## Aufnahmeformular

Praxis Dr. med. D. Stauffer

Neumattstrasse 4  
4144 Arlesheim

[d.stauffer@hin.ch](mailto:d.stauffer@hin.ch)

Praxis Dr. med. N. Christ

Neumattstrasse 4  
4144 Arlesheim

[empfang@dr-christ.ch](mailto:empfang@dr-christ.ch)

Bitte in Blockschrift ausfüllen/S'il vous plait remplir en lettres majuscules  
Si prega di comilare in stampatello/Please fill in block letters

### Name

Nom/Cognome/Name

### Vorname

Prénom/Nome/First Name

### Geburtsdatum

Date de naissance  
data di nascita/Birthday

### Geschlecht

Sexe/Sesso/Sex

weiblich

féminine

femmina/female

männlich

masculin

maschio/male

### Name und Vorname der erziehungsberechtigten Person (Kinder/bevormundete Personen)

Nom et prénom du tuteur officiel (enfant/personne avec condescendance )

Cognome e nome di tutori (bambino/persona frequentato )

Name and first name of the carer (child/patronized person)

### Adresse

Adresse  
Indirizzo  
Address

### Strasse (Rue/Strada/Street)

### PLZ

### Wohnort (Localité/Località/Place)

### Nationalität (Nazionalità/Nazionalità/Nationality)

### Telefon privat

Tel. privé/private/home

### mobile

### Geschäft

Office

### E-Mail Adresse

### Arbeitgeber

Employer  
Employeur  
Datore di lavoro

### Hausarzt

Médecin de famille  
Medico di familia  
Family doctor

### Zuweisender Arzt

Médecin traitant  
Medico curante  
referring physician

### Kostenträger /Garant

Krankenkasse

caisse maladie  
Cassa miltia  
Health insurance

Unfallversicherung

Assurance accidents  
Assicurazione infortuni  
Accident insurance

Selbstzahler

Compte privé  
Conto privato  
self-payer

### Sektion/Mitglied Nr.

Section/No. d'assuré; Sezione/No. d'assicurato; Section/Insurance No.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Patienten Daten sowohl an die rechnungsstellende Instanz als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständige staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via MediPort verschickt und so direkt mit der KK abrechnet. Sollte eine Rechnungskopie gewünscht sein, kann ich das meiner Ärztin mitteilen.

### Datum

Date/Data/Date

### Unterschrift

Signature/Firma/Signatur