

ANMELDEFORMULAR

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Please fill in in capitals

Si prega di scrivere in stampatello

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Name

Name
Cognome
Nom

Vorname

First Name
Nome
Prénom

Geburtsdatum

Date of birth
Data di nascita
Date de naissance

Geschlecht

Sex
Sesso
Sexe

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)

Name and first name from the authority person (children only)

Nome e cognome die genitori (se si tratta di bambini)

Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)

Strasse

Street
Strada
Rue

PLZ

ZIP
CAP
ZIP

Wohnort

Residence
Località
Localité

Telefon / Mobile

Email

Nationalität

Nationality
Nazionalità
Nationalité

Zivilstand

civil status
stato civile
état civil

Beruf

Profession
Professione
Profession

Arbeitgeber

Employer
Datore di lavoro
Employeur

Tel.

Tel.
Tel.
Tel.

Zuweisende(r) Ärztin/ Arzt

Assign doctor
Medico curante
Médecin traitant

Hausarzt

Family doctor
Medico di famiglia
Médecin de famille

Krankenkasse / Versicherung (Bitte nur Grundversicherung)

Health insurance / Insurance
Cassa malati / Assicurazione
Caisse de maladie / Assurance

Mitglied Nr.

Member code
N. d'Assicurato
No. d'Assure

- Allgemein
 Halbprivat
 Privat

Zurzeit bestehende Krankheiten? Currently existing diseases?

JA / Yes

Nein / No

Herz- und Kreislauferkrankungen / Heart and circulatory diseases

Bluthochdruck / High blood pressure

Infektionskrankheit / Infectious disease

Ohnmachtsneigung / Addiction to faint

Blutungsneigung / Addiction to bleed

Rheuma / Rheumatism

Epileptische Anfälle / epileptic seizures

Zuckerkrankheit / Diabetes

Magen-, Darm-, Lebererkrankung / stomach, bowel, liver diseases

Asthma, Atmungsorgane / Asthma, respiratory organ

Krebskrankheit / cancer

Frühere Krankheiten?

Former diseases?

Welche Medikamente nehmen sie regelmässig ein?

Which medicaments do you take regularly?

Reagieren sie überempfindlich / allergisch auf Medikament, Spritzen oder Materialien?

Wenn ja, auf welche?

Do you react hypersensitive / allergic to medicaments, injections or certain materials?
If yes, which one?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Do you smoke? If yes, how much?

Betreiben sie Spitzensport? Sind Sie Dopingkontrollen ausgesetzt?

Do you do professional sports? Are you having doping tests?

Wurde bei Ihnen ein Transplantat oder ein künstliches Gelenk eingesetzt?

Do you have a transplant or an artificial joint?

Wurde oder werden Sie wegen einem Tumor / Krebs behandelt?

Have you been treated for a tumour / cancer?

Leiden Sie an Depressionen?

Do you suffer from depression?

Patientinnen: Sind Sie schwanger? Stillen Sie?

Female patient: Are you pregnant? Do you breastfeed?

Die B3-Praxis ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten gespart werden. In meinem Interesse erlaube ich Ihm auch, seine Untersuchung- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Ich bin über die direkte Abrechnung (sofern möglich) mit meiner Krankenkasse/ Unfallversicherung einverstanden. Nicht eingehaltene Termine werden verrechnet, sofern sie nicht 24 Stunden im Voraus abgesagt werden.

The Clinic B3 is authorized to ask for medical records that might be related to my illness from other doctors or medically managed institutions, if this can prevent unnecessary repetition and thus costs. In my interest, I also authorize him to send his or her examination/treatment results or assessment to the post-treating or prescribing physician. I grant permission to forward the data required for invoicing to both the accountant (for example, the doctor's office) and the institution charged with any collection or the lawyer concerned, as well as the competent state authorities. I agree to the direct billing (if possible) with my health insurance/ accident insurance. Missed consultations without 24h prior cancellation will be billed privately.

La clinica B3 è autorizzata a richiedere in visione atti medici che mi riguardano ad altri medici o istituzioni mediche, evitando così di ripetere inutilmente degli esami. Nel mio interesse lo autorizzo inoltre a trasmettere la relazione della sua visita e i risultati di eventuali esami al mio medico di famiglia o ad altri medici che mi hanno in cura. Autorizzo il medico a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della futura alla società incaricata (p.es. cassa dei medici) così come alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso e ad altre autorità ufficiali competenti. Io sono (se possibile) d'accordo sulla fatturazione diretta alla mia assicurazione sanitaria / assicurazione infortuni. Consultazioni senza annullamento (prima di 24 ore) saranno addebitate in privato.

Datum

Date

Data

Date

Unterschrift

Signature

Firma

Signature
