

Personalien

Bitte in Blockschrift ausfüllen
 Veuillez remplir en caractères d'imprimerie
 Si prega di scrivere in stampatello
 Please write in block letters

Talacker Augen Zentrum Zürich

Nachname Cognome Nom Surname	<input type="text"/>	Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Date of birth	<input type="text"/>
--	----------------------	--	----------------------

Vorname Nome Prénom First name	<input type="text"/>	Geschlecht Sesso Sexe Sex	<input type="text"/>
--	----------------------	---	----------------------

Notfallkontakt Per emergenze En cas d'urgence Emergency contact	<input type="text"/>	Zivilstand Stato civile Etat civil Marital status	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------

Für die Kinder: Per i bambini: Pour les enfants: For children:	Vorname der Mutter Nome della madre Prénom de la mère Mother name	<input type="text"/>	des Vaters del padre du père Father name	<input type="text"/>
--	---	----------------------	--	----------------------

Adresse Indirizzo Adresse Address	Strasse Strada Rue Street	<input type="text"/>	Wohnort Località Localité City	<input type="text"/>
---	---	----------------------	--	----------------------

PLZ Codice postale Code postal Postal code	<input type="text"/>	Kanton Cantone Canton State	<input type="text"/>	Nationalität Nazionalità Nationalité Country	<input type="text"/>
--	----------------------	---	----------------------	--	----------------------

Titel Titolo Title Title	<input type="text"/>	Beruf Professione Profession Occupation	<input type="text"/>	Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur Employer	<input type="text"/>
--	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

Telefon Telefono Téléphone Phone	privat privato privé home	<input type="text"/>	Geschäft d'ufficio bureau work	<input type="text"/>	Mobile Cellulare Portable	<input type="text"/>
--	---	----------------------	--	----------------------	--	----------------------

Email Email	<input type="text"/>	AHV Nr.	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	----------------	----------------------

Krankenkasse Cassa malati Caisse maladie Insurance	Mitglied Nr. N. d'assicurato No. d'assuré Policy number	Sektion Sezione Section Po. holder
--	---	--

Kostenträger Garante Garant Guarantor	Ambulante Behandlung Ambulante Traitement ambulatoire Outpatient's departement	<input type="text"/>	KK / Unfallversicherung / Selbstzahler Cassa malati / Infortuni / Conto privato Caisse maladie/ Accidents / Compte privé Insurance / accident / priv.
---	--	----------------------	---

Spitalbehandlung Ospedale Hôpital Hospital's departement	<input type="text"/>	Allg. / Halbprivat / Privat / Selbstzahler Generale / semiprivata / Privata / Conto privato Generale / semiprivé / Privé / Compte privé Generale / semiprivate / Privata / priv.
--	----------------------	--

Zuweisender Arzt Medico curante Adressé par le docteur Physician	Hausarzt Medico di famiglia Médecin de famille Physician	Datum Data Date Date	<input type="text"/>
--	--	--------------------------------------	----------------------

<p>Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z. B. Aerztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Ferner ermächtige ich hiermit den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin, meine Person betreffende medizinische Auskünfte bei externen Medizinalpersonen und/oder medizinischen Institutionen wie Spitäler, Kliniken, etc. einzuholen. Der Gerichtsstand ist Zürich, Schweiz.</p>	Unterschrift Firma Signature Signature	<input type="text"/>
---	--	----------------------