

Personalienblatt

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Meine Leistungen werden von Ihrer Zusatzversicherung für Komplementär- und Alternativmedizin anteilmässig übernommen. Über die genaue Rückvergütung (Kostenrückerstattung und Kostenbeteiligung) informieren Sie sich bitte vor Ihrer ersten Behandlung bei Ihrer Versicherung.

Name und Vorname

Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)

Adresse

PLZ / Wohnort

Mobiltelefon / Telefon

Zivilstand

E-mail

Geburtsdatum

Nationalität

Beruf

Tel. Geschäft

AHV-Nr.

Krankenkasse / Zusatzversicherung für Komplementär- und Alternativmedizin

Ja

Nein

Hausarzt / Hausärztin

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche **keine** Rückschlüsse auf die konkrete chinesisch medizinische Behandlung ermöglichen.

Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier (Tiers garant).

Ort, Datum

Unterschrift
