**Kind Name** Family name **Vorname** First name

Child

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** Date of birth **Kinderarzt** Pediatrician

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse (Strasse / Nr.)** Address **PLZ / Wohnort** Postal code / place

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Krankenkasse** Health insurance **Versicherten-Nummer** Insurance Nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erziehungs-**

**berechtigte 1 Name** Family name **Vorname** First name. **Geburtsdatum** Date of birth

Guardian 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse** (zwingend, compulsary) **Mobile** (zwingend, compulsary)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erziehungs-**

**berechtigte 2 Name** Family name **Vorname** First name. **Geburtsdatum** Date of birth

Guardian 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse Mobile**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin ist ermächtigt in meine Krankengeschichte Einsicht zu nehmen bzw. medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern**.

The treating doctor is entitled to review my current and – if needed - request my previous medical records.

**Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten im Tiers Payant Verfahren an die entsprechende Verrechnungsstelle zu senden.**

I approve billing by the Tiers Payant system to my health insurance

**Rechnungen oder Rechnungskopien werden elektronisch übermittelt.**

Bills or copies of bills will be sent electronically

**Ich erteile die Erlaubnis, dass im Falle einer notwendigen Betreibung meine Adressdaten an das mit Inkasso beauftragte Institut sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weitergeleitet werden dürfen (ohne Einschluss medizinischer Daten).**

I also grant permission that, in the event of a necessary debt collection, my address data (without any medical data) may be forwarded to the institution entrusted with debt collection as well as to the responsible state authorities.

**Das Arzt-Patientenverhältnis untersteht schweizerischem Recht.**

The relationship between clinician and patient is subject to Swiss law.

**Datum** **Unterschrift**

Date Signature