

Willkommen im Hautarzt Zentrum

Oristalstrasse 20
4410 Liestal

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____

PLZ und Ort: _____

Mobile Tel: _____

Festnetz Tel: _____

Krankenkasse: _____

Email Adresse: _____

Bei Kindern: Name und Vorname eines Elternteils: _____

Ich wünsche die Rechnung an:

Krankenkasse (Standard) mich

Ich wünsche die Rechnungskopie an mich via:

Email (Standard) Post

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte online abzufragen und sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der Arzt oder eine von ihm beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann. Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden. Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnung und Rechnungskopie via MediDoc verschickt. Absenzen und Absagen innerhalb 24h vor dem Termin können mit Fr. 50.- in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____