

VITASALUTE

ZENTRUM FÜR INNERE & ÄSTHETISCHE MEDIZIN

Personalienblatt

Patientendaten

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Telefon / Mobile:

E-Mail:

Krankenkasse

Krankenkasse:

Versicherung:

Versichertennummer:

Kartennummer:

Bezugsperson / Notfallkontakt

Name:

Vorname:

Telefon / Mobile:

Beruf

Beruf:

Arbeitgeber:

Pensum:

Hausärztin / Hausarzt (bei Notfallpatienten)

Name:

PLZ / Ort:

Bestätigung

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können in Rechnung gestellt werden.

- ☐ Ich bestätige, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, der Weitergabe der für die Behandlung und Rechnungsstellung notwendigen Informationen sowie der elektronischen Speicherung meiner medizinischen Daten gemäss den geltenden Datenschutzbestimmungen einverstanden bin.

Ort / Datum:

Unterschrift: