

PERSONALIEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
.....
Adresse	PLZ / Ort	Beruf
.....

KONTAKTDATEN

Telefon Privat	Telefon Geschäft	Mobile
.....
E-Mail		
.....		

ARBEITGEBER

Name	
.....	
Adresse	PLZ / Ort
.....

HAUSARZT

Name	Vorname
.....
Adresse	PLZ / Ort
.....

KRANKENKASSE

Name	Ort
.....
Versicherungsnummer	AHV-Nr. (neu) <u>MUSS AUSGEFÜLLT SEIN</u>
.....

UNFALLVERSICHERUNG (NUR bei Unfall angeben)

Name	Ort
.....
Unfallnummer	Unfalldatum
.....

Hiermit bestätige ich folgendes zur Kenntnis zu nehmen:

Im Falle einer versäumten Konsultation (<24 h vorher absagen) wird der volle Betrag verrechnet.

Kosten welche die Krankenkasse oder Unfallversicherung nicht übernimmt werden Privat in Rechnung gestellt.

Datum	Unterschrift
.....