

Bitte ausfüllen und per Mail an praxis@mrchi.ch oder monika.richter@hin.ch senden!

Veuillez remplir et envoyer par mail à praxis@mrchi.ch ou monika.richter@hin.ch

Name des Patienten:

Geb.-Datum:
Date de naissance:

Adresse:

Telefon:
Téléphone priv.:

Natel Nr:
Portable:

eMail:

Hausarzt:
Médecin de famille:

Krankenkasse:
Caisse maladie:

Versicherungs-/AHV-Nr.:
Assurance no.:

Versicherungsstatus: Allgemein Halbprivat (2-Bett) Privat (1-Bett)
Type d'assurance: Générale/AOS Demi-privé Privé

Hausarztmodell: ja nein
Modèle médecin du famille:

Gewicht/*Poids*: Grösse/*Taille*:

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderliche Daten sowohl an die rechnungsstellende, als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, sowie die zuständigen staatlichen Institutionen weiterzuleiten. Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture, éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet.

Waren Sie die letzten 6 Monate stationär in der Inselgruppe (inkl. Aarberg) oder Spitalzentrum Biel? Ja Nein

Datum/*Date*

Unterschrift/*Signature*

Senden/Transmettre